

STRESS UND KRANKHEITSVERARBEITUNG BEI
PATIENTEN MIT SOMATOFORMEN BESCHWERDEN
IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

von Claudia Hölig

geboren am 07.06.1985 in Plauen

Gutachter:

Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena

Prof. Dr. Jochen Gensichen, Jena

Frau PD Dr. Heide Glaesmer, Leipzig

Tag der öffentlichen Verteidigung: 04.02.2014

„Alles wirkliche Leben ist Begegnung [...]. Der Mensch wird am Du zum Ich.“

(Martin Buber 1995, S. 12 und 28)

Zusammenfassung

Hintergrund: Somatoforme Beschwerden sind ein häufiges Phänomen und treten bei rund einem Fünftel aller hausärztlichen Patienten auf (Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Die Versorgungssituation Betroffener zeigt zahlreiche Defizite (Hiller et al. 2003, Salmon 2007, Henningsen et al. 2007, Löwe 2013). Erforschung von Krankheitsverarbeitung hat zum Ziel, durch ein besseres Verständnis des Umgangs Betroffener mit ihrer Erkrankung, Ansätze zur Verbesserung der Versorgung zu schaffen (Muthny und Bengel 2009). Die vorliegende Studie will einen Beitrag dazu leisten, indem Krankheitsverarbeitung im Zusammenhang mit subjektiv erlebtem Stress bei Patienten mit somatoformen Beschwerden in Hausarztpraxen untersucht wird. Akut und chronisch Erkrankte werden verglichen.

Methodik: 77 Patienten aus acht Jenaer Hausarztpraxen wurden in einer Querschnittsstudie untersucht. Eingeschlossen wurden Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren mit aktuell somatoformen Beschwerden. Ausschlusskriterien waren körperliche Erkrankungen, die die Beschwerden erklären konnten, ausschließlich erklärbare Beschwerden im Anamnesegespräch und schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten. Daten wurden erhoben aus Patientenunterlagen in den Hausarztpraxen (Anzahl der Arztbesuche) und fünf Selbstbeurteilungsfragebögen: dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) (Franke et al. 2000), dem Screeningfragebogen für Somatoforme Störungen (SOMS-2) (Rief et al. 1997), dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) (Löwe et al. 2002), dem *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ-20) (Fliege et al. 2001) und dem Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand (SF-12) (Bullinger und Kirchberger 1998).

Ergebnisse: Die untersuchten Patienten fühlten sich subjektiv stark belastet verglichen mit der deutschen Norm. Vertrauen in die ärztliche Kunst war die am meisten eingesetzte Krankheitsverarbeitungsstrategie, Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes wurden wenig aufgebracht. Bei vorhandenen psychiatrischen Komorbiditäten waren depressive Verarbeitungsstrategien verstärkt. Chronisch Erkrankte (N = 16; > 2 Jahre anhaltende Somatisierung; mindestens drei aktuell stark beeinträchtigende Beschwerden im PHQ-15 [nach Kroenke et al. 1997]) waren stärker beeinträchtigt als akut Erkrankte (N = 7; < 6 Monate anhaltende beeinträchtigende Beschwerden im PHQ-15) hinsichtlich Lebensqualität, psychischer Komorbidität, Somatisierung, Anspannung und Mangel an Freude. Sowohl akut als auch chronisch Erkrankte nahmen ärztliche Hilfen häufig (Anzahl

der Arztbesuche im Vorjahr 10,3 bis 10,5) in Anspruch. Chronisch Erkrankte zeigten weniger Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes und bei vorhandenen psychischen Komorbiditäten mehr depressive Verarbeitungsstrategien als akut Erkrankte, Vertrauen in die ärztliche Kunst war bei beiden Gruppen hoch ausgeprägt. Geringe subjektiv erlebte Belastung und verstärkte Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes sagten eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität am stärksten vorher.

Schlussfolgerungen: Um chronische Verläufe zu verhindern, sollte die Früherkennung von somatoformen Beschwerden verbessert werden. Mit einem hohen Vertrauen in die ärztliche Kunst kommt der Arzt-Patienten-Beziehung eine besondere Bedeutung in der Betreuung der Patienten zu. Je nach Beschwerdedauer, Stressbelastung, Funktionalität und psychischer Komorbidität wird eine stufenweise Versorgung empfohlen. Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes, zum Stressmanagement und zur Reduzierung depressiver Verarbeitung sollten unterstützt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollten an einer größeren Stichprobe und im Verlauf repliziert werden.

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	IV
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	VIII
1	Einleitung	1
1.1	Hinführung zum Thema	1
1.2	Somatoforme Beschwerden	2
1.3	Stress und Krankheitsverarbeitung	10
2	Ziele der Arbeit	18
3	Methodik	20
3.1	Patientenrekrutierung sowie Ein- und Ausschlusskriterien	20
3.2	Erhebungsinstrumente und Votum der Ethikkommission	22
3.3	Stichprobe	28
3.4	Auswertung	31
4	Ergebnisse	33
4.1	Subjektiv erlebter Stress	33
4.2	Krankheitsverarbeitung	35
4.3	Unterschiede akut und chronisch Erkrankter	38
4.4	Zusammenhang von Lebensqualität, Stress und Krankheitsverarbeitung	44
5	Diskussion	49
5.1	Stichprobe	49
5.2	Vergleich von akut und chronisch Erkrankten	52
5.3	Subjektiv erlebter Stress	55
5.4	Krankheitsverarbeitung	57
5.5	Zusammenhang von Lebensqualität, Stress und Krankheitsverarbeitung	62
6	Schlussfolgerungen	65
	Literatur- und Quellenverzeichnis	67
	Anhang	75

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (erworbenes Immundefizienzsyndrom)
B	Regressionskoeffizient
CFS	<i>Chronic Fatigue Syndrome</i> (Chronisches Erschöpfungssyndrom)
COPD	<i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i> (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
COPE	Stressverarbeitungsfragebogen
df	<i>degrees of freedom</i> (Freiheitsgrade)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual zur Klassifikation psychischer Erkrankungen), veröffentlicht von der <i>American Psychiatric Association</i> ; aktuell gültig: 5. Version (DSM-V)
EFK	Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Kurzform: FKV-LIS)
FPI-R	Freiburger Persönlichkeits-Inventar
F-SOZU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
HIV	Humanes Immundefizienzvirus
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> (Krankheitsklassifikation der Weltgesundheitsorganisation), aktuell gültig: 10. Version (ICD-10)
ICPC-2	<i>International Classification of Primary Care</i> (Internationale Klassifikation der medizinischen Primärversorgung Version zwei)
M	Mittelwert
Mdn	Median
med.	medizinisch
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeit und Beschwerden)
MSD	<i>Multisomatoform Disease</i> (Multisomatoforme Störung); definiert nach Kroenke et al. 1997
MU(P)S	<i>Medically Unexplained (Physically) Symptoms</i> (medizinisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden)

p	Wahrscheinlichkeit, dass die Teststatistik den beobachteten oder einen extremeren Wert annimmt unter der Annahme, die Nullhypothese sei wahr (Bender und Lange 2007)
P1, P2... P8	die Studie unterstützende Hausarztpraxen (siehe S. 28 Tab. 3)
PHQ-15	Modul des <i>Patients Health Questionnaire</i> zur Erfassung der somatischen Symptomstärke
PHQ-D	<i>Patients Health Questionnaire</i> (Gesundheitsfragebogen für Patienten)
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i> (Vorversion des PHQ-D)
PSQ	<i>Perceived Stress Questionnaire</i> (Fragebogen zur Erfassung von subjektiv erlebten Stress), als 20-Item-Version (PSQ-20) bzw. 30-Item-Version verfügbar (PSQ-30)
PSQges	Gesamtwert subjektive Belastung im PSQ
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i> (Skala zur Erfassung von subjektiv erlebten Stress)
PTSD	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i> (posttraumatische Belastungsstörung)
R ²	Multipler Determinationskoeffizient
SAD	<i>Somatoform Autonomic Dysfunction</i> (somatoforme autonome Funktionsstörung)
SCAN	<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i> (Fragebogen zur Erfassung psychopathologischer Symptomatik und zur Klassifikation wichtiger psychiatrischer Erkrankungen)
SCL-90-R	Symptom-Check-Liste, revidierte 90-Item-Version
SD	<i>Standard Deviation</i> (Standardabweichung)
SE	<i>Standard Error</i> (Standardfehler)
SF-12 bzw. -36	Fragebogen zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, 12- oder 36-Item-Version
SOMS-2	Screening-Fragebogen für Somatoforme Störungen, die vergangenen zwei Jahre erfassend
Spw	Spannweite
ß	Standardisierter Regressionskoeffizient
SSD	<i>Somatic Symptom Disorder</i> (Erkrankung mit Körperbeschwerden); neue Diagnoseentität im DSM-V, die zahlreiche somatoforme Diagnosen des DSM-IV ersetzt
SSI-4/6	<i>Somatic Symptom Index</i> (Somatischer Beschwerdeindex); definiert nach Escobar et al. 1989

t	Prüfgröße des t-Tests
Tab.	Tabelle
TSK	Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung
WHO	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorganisation)
WHOQOL-Bref	WHO-Instrument zur internationalen Erfassung von Lebensqualität, Kurzversion
δ	Effektgröße
ΔF	Änderung der Prüfgröße F, Berechnung zur Signifikanzprüfung der Änderung des Determinationskoeffizienten
ΔR^2	Änderung des Determinationskoeffizienten
X^2	Prüfgröße des Chi-Quadrat-Tests

ICD-10-Codierungen

F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet
F42	Zwangsstörung
F44	dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	somatoforme Störungen
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	hypochondrische Störung
F45.3	somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.4	anhaltende Schmerzstörung
F45.8	sonstige somatoforme Störungen
F45.9	somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
F48.0	Neurasthenie
I51.8	sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten
K31.9	Krankheit des Magens und des Duodenums, nicht näher bezeichnet
K58.0	Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe
K58.9	Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe
K59.9	funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet
R00 bis R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, anderenorts nicht klassifiziert

Skalen des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung

ASS	Aktive Suche nach sozialer Einbindung
AUS	Abstand und Selbstaufbau
BAH	Bereitschaft zur Annahme von Hilfe
BWB	Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr
DV	Depressive Verarbeitung
EIH	Erarbeiten eines Inneren Haltes
HPC	Handelndes, problemorientiertes <i>Coping</i>
IUE	Informationssuche und Erfahrungsaustausch
VIÄ	Vertrauen in die Ärztliche Kunst

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tab. 1:	Vergleich somatoformer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV	6
Tab. 2:	Interne Konsistenz der EFK-Skalen	24
Tab. 3:	An der Studie beteiligte Hausärzte mit Anzahl der teilgenommenen Patienten	28
Tab. 4:	Soziodemografischer Vergleich von Patienten aus der Pilot- bzw. Untersuchungsphase	28
Tab. 5:	Soziodemografische Angaben und Basiswerte der Stichprobe	30
Tab. 6:	Subjektives Stresserleben in Abhängigkeit von psychischer Komorbidität	35
Tab. 7:	Akut und chronisch Erkrankte im Vergleich: soziodemografische Variablen, Somatisierung, Inanspruchnahme und psychische Komorbidität	39
Tab. 8:	Krankheitsverarbeitung von akut und chronisch Erkrankten im Vergleich	44
Tab. 9:	Vorhersage von Lebensqualität (SF-12) durch Stress (PSQ-20) und Krankheitsverarbeitung (EFK)	45
Tab. 10:	Adjustierte Vorhersage von Lebensqualität (SF-12) durch Stress (PSQ-20) und Krankheitsverarbeitung (EFK)	47
Tab. 11:	Adjustierte Vorhersage von Lebensqualität (SF-12) durch Stress (PSQ-20) und Krankheitsverarbeitung (EFK) nach Ausschluss von Patienten mit psychischen Komorbiditäten	48
Tab. 12:	Vergleich der soziodemografischen Stichprobenparameter mit anderen Studien	49
Tab. 13:	Rekrutierung von Patienten mit akuten somatoformen Beschwerden	53
Tab. 14:	Subjektives Stresserleben chronisch somatoform Erkrankter verglichen mit ambulanten, psychosomatischen Patienten	56
Tab. 15:	PC-Recherche in den Praxen P1-P6	75
Tab. 16:	PC-Recherche: Diagnosen, unter denen Patienten gefunden wurden	75
Tab. 17:	Aktuelle bzw. Vorerkrankungen der Stichprobe	76
Tab. 18:	Zusammensetzung der somatischen Vergleichsstichprobe	76
Tab. 19:	Interkorrelationen der Variablen der Regressionsanalyse	78

Abbildungen:

Abb. 1: Hypothetisches Entstehungsmodell somatoformer Störungen (aus Henningsen et al. 2007)	5
Abb. 2: Modell zur Krankheitsverarbeitung (Muthny 1994)	13
Abb. 3: Flussdiagramm zum Zustandekommen der Stichprobe	20
Abb. 4: Verteilung psychischer Komorbiditäten in der Stichprobe (PHQ-D)	31
Abb. 5: Subjektives Stresserleben der Stichprobe im Vergleich mit Normdaten	33
Abb. 6: Subjektives Stresserleben in Abhängigkeit von psychischer Komorbidität	34
Abb. 7: Krankheitsverarbeitung der Stichprobe	35
Abb. 8: Analyse der einzelnen Items der Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“	36
Abb. 9: Skala „Depressive Verarbeitung“ (EFK) in Abhängigkeit von psychischer Komorbidität	37
Abb. 10: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) von akut und chronisch Erkrankten im Vergleich mit Normdaten	40
Abb. 11: Subjektiv erlebter Stress von akut und chronisch Erkrankten sowie der deutschen Allgemeinbevölkerung	42
Abb. 12: Krankheitsverarbeitung akut und chronisch Erkrankter im Vergleich	43
Abb. 13: Krankheitsverarbeitung somatoform und somatisch Erkrankter im Vergleich	58
Abb. 14: Bewertung der Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ (EFK) in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere	59
Abb. 15: Ausschluss von Geschlechtseffekten im Vergleich von somatoform und somatisch Erkrankten	77

Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird in der vorliegenden Arbeit für die Bezeichnung von Institutionen und Personen die männliche Sprachform verwendet. Soweit im Kontext sinnvoll stehen diese Bezeichnungen sowohl für männliche als auch weibliche Akteure bzw. Institutionen mit weiblichen oder sächlichen Geschlecht.

1 Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

In Hausarztpraxen als erste Anlaufstelle finden sich bei etwa einem Fünftel aller Patienten sogenannte somatoforme Beschwerden – Körperbeschwerden, für die trotz adäquater Diagnostik keine hinreichende medizinische Erklärung gefunden werden kann (Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Bei einem Großteil der Patienten sind die Beschwerden nur kurzzeitig und vorübergehend, 10 bis 30 % der Betroffenen erleben jedoch Verschlechterungen (Hartman et al. 2009). Chronisch Erkrankte leiden erheblich unter diesen Beschwerden. Die Entstehung wird multifaktoriell erklärt, wobei u. a. organische, psychobehaviorale, entwicklungsgeschichtliche und iatrogene Faktoren diskutiert werden (Henningsen et al. 2007, Kirmayer und Looper 2006, Browning et al. 2011). In der Definition und Klassifikation der Beschwerden sowie in der Versorgung der Patienten zeigen sich zahlreiche Schwierigkeiten. Somatoforme Erkrankungen werden häufig erst spät erkannt, haben eine verstärkte gesundheitsökonomische Belastung zur Folge und integrierte biopsychosoziale Versorgungsstrukturen fehlen weitestgehend (Hiller et al. 2003, Löwe 2013).

Krankheitsverarbeitungsforschung hat zum Ziel, durch ein besseres Verständnis des Umgangs von Patienten mit ihrer Erkrankung Ansatzpunkte für die Versorgung zu finden (Muthny und Bengel 2009). Konzeptionell zurückgehend auf die Transaktionstheorie von Lazarus und Folkman wird unter Krankheitsverarbeitung ein Prozess zum Umgang mit krankheitsassoziierten Belastungen verstanden (Muthny 1989, Lazarus und Folkman 1984). Maladaptive Krankheitsverarbeitung im Zusammenhang mit hoher Stressbelastung könnte dazu beitragen, dass manche Patienten chronische Verläufe entwickeln. Krankheitsverarbeitung ist aber bei Patienten mit somatoformen Beschwerden bisher wenig erforscht. Die vorliegende Studie will daher einen Beitrag zur Untersuchung von Stress und Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit somatoformen Beschwerden in der hausärztlichen Versorgung leisten. Dazu wird im folgenden Abschnitt zunächst ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu somatoformen Beschwerden, Krankheitsverarbeitung und Stress gegeben.

1.2 Somatoforme Beschwerden

1.2.1 Definition

Für „somatoforme Symptome“ existieren eine Vielzahl an Synonymen wie „*medically unexplained (physically) symptoms*“ (MU[P]S), „funktionelle“, „psychosomatische“ oder „nicht spezifische Beschwerden“ (Creed et al. 2010, Kroenke et al. 2007, Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Man versteht darunter beeinträchtigende Symptome, die durch ein organisches Korrelat nicht ausreichend erklärt werden können. Zahlreiche Autoren kritisieren, dass es bisher keine zufriedenstellende Bezeichnung für jene Beschwerden gibt (Hausteiner-Wiehle et al. 2012, Creed et al. 2010). Definitionen auf der Grundlage fehlender organischer Erklärbarkeit vernachlässigen psychosoziale und kulturelle Faktoren als Teile medizinischer Erklärungen zu berücksichtigen (Henningsen et al. 2007, Rief und Isaac 2007). Außerdem ist der Aspekt der somatischen nicht-Erklärbarkeit schwierig zu operationalisieren (van Bokhoven et al. 2008) und die Unterscheidung anhand des Kriteriums „somatische Erklärbarkeit“ unterstützt eine Kategorisierung als körperlich oder psychisch bedingt. Aus einer biopsychosozialen Betrachtungsweise ist dieser Dualismus obsolet und verursacht Schwierigkeiten u. a. auf Versorgungs- und Patientenebene. Kritisiert wird einerseits, dass eine rein organische Betrachtungsweise eine unzureichende medizinische Versorgung zur Folge hat. Andererseits findet eine psychische Kategorisierung der Erkrankung bei Patienten ungenügend Akzeptanz (Henningsen et al. 2007, Rief und Isaac 2007). In einer aktuellen Leitlinie wird vorgeschlagen, die Symptome zu definieren als „körperliche Beschwerden, für die auch nach systematischer Abklärung keine hinreichende somatische Krankheitsursache gefunden wird. Der Nachweis zentralnervöser funktioneller oder struktureller Veränderungen ist mit dieser Bezeichnung jedoch vereinbar.“ (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 S. 14). In der vorliegenden Arbeit wird diese Definition zu Grunde gelegt und zur Vereinfachung für jene Beschwerden der Begriff „somatoform“ weiterverwendet.

1.2.2 Epidemiologie und Klinik

Somatoforme Beschwerden treten in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig auf. Mehr als 80 % gaben in einer repräsentativen Stichprobe an, in der vergangenen Woche an mindestens einem leicht beeinträchtigenden Symptom aus der Liste von 53 Beschwerden der ICD-10 und DSM-IV-Kategorie für somatoforme Beschwerden gelitten zu haben. Schwer beeinträchtigende Symptome traten bei rund einem Fünftel aller Befragten auf (Hiller et al.

2006). In einer ähnlichen, ebenfalls bevölkerungsrepräsentativen Studie, in der Beschwerden innerhalb der vergangenen zwei Jahre erfragt wurden, gaben Probanden im Mittel 3,5 somatoforme Symptome an. Die häufigsten Beschwerden waren Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation, gastrointestinale Symptome wie Meteorismus und Unverträglichkeit von Speisen sowie kardiovaskuläre Symptome (Palpitationen) (Rief et al. 2001). Beschriebene soziodemografische Risikofaktoren für das Auftreten jener Beschwerden sind weibliches Geschlecht und niedriger sozioökonomischer Status (Hiller et al. 2006, Verhaak et al. 2006). Hinsichtlich des Alters als Risikofaktor gibt es inhomogene Befunde (Steinbrecher et al. 2011, Hiller et al. 2006)

Wenngleich jene Beschwerden sehr häufig auftreten, sind sie in den meisten Fällen nicht schwer beeinträchtigend und klinisch nicht relevant. In Hausarztpraxen leidet ungefähr jeder fünfte Patient an somatoformen Beschwerden (Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Die Prognose ist überwiegend günstig: In einer Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass 50 bis 75 % der Betroffenen eine Verbesserung im Verlauf erlebten, während bei 10 bis 30 % eine Verschlechterung beobachtet wurde (Hartman et al. 2009). Anerkannte Prädiktoren für das Auftreten schwerer Verläufe sind Symptombdauer und Anzahl beeinträchtigender Beschwerden (Hartman et al. 2009, Voigt et al. 2010, Kooiman et al. 2004). Klinisch relevante und im Verlauf möglicherweise schwerwiegende Verläufe somatoformer Beschwerden sind assoziiert mit verschiedenen Kennzeichen: Patienten leiden an funktionellen Beeinträchtigungen und Minderung der Lebensqualität, es zeigen sich Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung, die sowohl von Patienten als auch Behandelnden als schwierig erlebt wird (Salmon 2007). Verschiedene psychobehaviorale Aspekte – Besonderheiten im Verhalten, in Kognitionen, Emotionen bzw. in der Körperwahrnehmung – werden beschrieben: Ein dysfunktionales Krankheitsverhalten ist u. a. gekennzeichnet durch Schonung und Vermeidung körperlicher Belastungen bzw. häufige Inanspruchnahme medizinischer Hilfen. Zu kognitiven Faktoren zählen z. B. katastrophisierende Interpretationen von Symptomen, verstärkte organische Attributionen und die Überzeugung, körperlich schwach zu sein, obwohl Körperschwäche physiologisch nicht nachweisbar ist. Emotionale Faktoren sind z. B. die Verzweiflung aufgrund von körperlichen Beschwerden oder ausgeprägte Gesundheitssorgen und -ängste (Rief et al. 2010, Voigt et al. 2010, Duddu et al. 2006). Auch somatosensorische Amplifikationen scheinen im Krankheitsverlauf eine Rolle zu spielen, also die verstärkte Wahrnehmung körperlicher Empfindungen und die Neigung zur Interpretation dieser als abnormal bzw. krankhaft (Duddu et al. 2006). Soziale Isolation und häufige Komorbiditäten mit psychiatrischen Erkrankungen sind beschrieben (Jackson und

Kroenke 2008, Dirkzwager und Verhaak 2007). Die häufigsten psychischen Komorbiditäten sind Depressionen und Angststörungen, z. T. liegen auch Mischbilder aus allen drei Erkrankungen vor (Haftgoli et al. 2010, Steinbrecher et al. 2011). Auch andere psychiatrische Komorbiditäten wie posttraumatische Belastungsstörungen, Suchterkrankungen, Ess- und Persönlichkeitsstörungen werden genannt (Rief und Hiller 2011).

1.2.3 Ätiopathogenese

Die genaue Ätiopathogenese somatoformer Erkrankungen ist unklar. Der Begriff „Somatisierung“ hat seine Wurzeln in der psychodynamischen Krankheitstheorie des frühen 20. Jahrhunderts. Unter Somatisierung verstand man, dass seelische Konflikte in körperlichen Symptomen Ausdruck finden (Ronel et al. 2008). Aktuelle Krankheitskonzepte betrachten Prädisposition, Auslösung und Aufrechterhaltung somatoformer Erkrankungen multifaktoriell, wobei sich verschiedene Faktoren wechselseitig beeinflussen (Henningsen et al. 2007, Rief und Hiller 2011, Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Zu diesen Faktoren gehören neben o. g. psychischen Komorbiditäten und soziodemografischen Aspekten ein sekundärer Krankheitsgewinn und psychobehaviorale Faktoren wie das Selbstkonzept, Belastungen nicht gewachsen und schwach zu sein, vermehrte organische Ursachenüberzeugungen usw. (siehe 1.2.2). Auch Persönlichkeitsfaktoren, darunter verschiedene Aspekte von Alexithymie, werden z. T. kontrovers diskutiert (De Gucht et al. 2004, Kooiman et al. 2004). Faktoren aus der Bindungsforschung und kindlichen Entwicklung sind beschrieben: genannt werden unsichere Bindungen, Traumatisierungen, Misshandlungen und Vernachlässigung (Neumann et al. 2011, Kirmayer und Looper 2006) sowie Krankheitserfahrungen in der Kindheit (Duddu et al. 2006, Kirmayer und Looper 2006). Hinsichtlich organischer Aspekte wird eine Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse angenommen (Rief et al. 1998, Kirmayer und Looper 2006). Funktionelle und strukturelle Gehirnveränderungen wie eine erhöhte Aktivierung im limbischen System als Reaktion auf aversive Stimuli und eine verringerte Masse an grauer Substanz werden diskutiert (Browning et al. 2011). Von besonderer Bedeutung scheint die Rolle des Gesundheitssystems zu sein: in der Versorgung und medizinischen Ausbildung verankerte dualistische biomedizinische Modelle verhindern eine integrierte, biopsychosoziale Versorgung Betroffener. Therapeutisches Augenmerk liegt häufig in der „Reparatur von Schäden“ und unterstützt damit die Krankenrolle, anstatt durch Prävention und Stärkung der Eigenverantwortung Gesundheit zu fördern (Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Beschwerden können durch wiederholte unnötige Diagnostik unter mangelnder Betrachtung psychosozialer Begleitumstände iatrogen verstärkt werden (Henningsen et al.

2007). Henningsen et al. haben eine Vielzahl dieser Faktoren in einem hypothetischen Entstehungsmodell zusammengefasst (siehe Abb. 1).

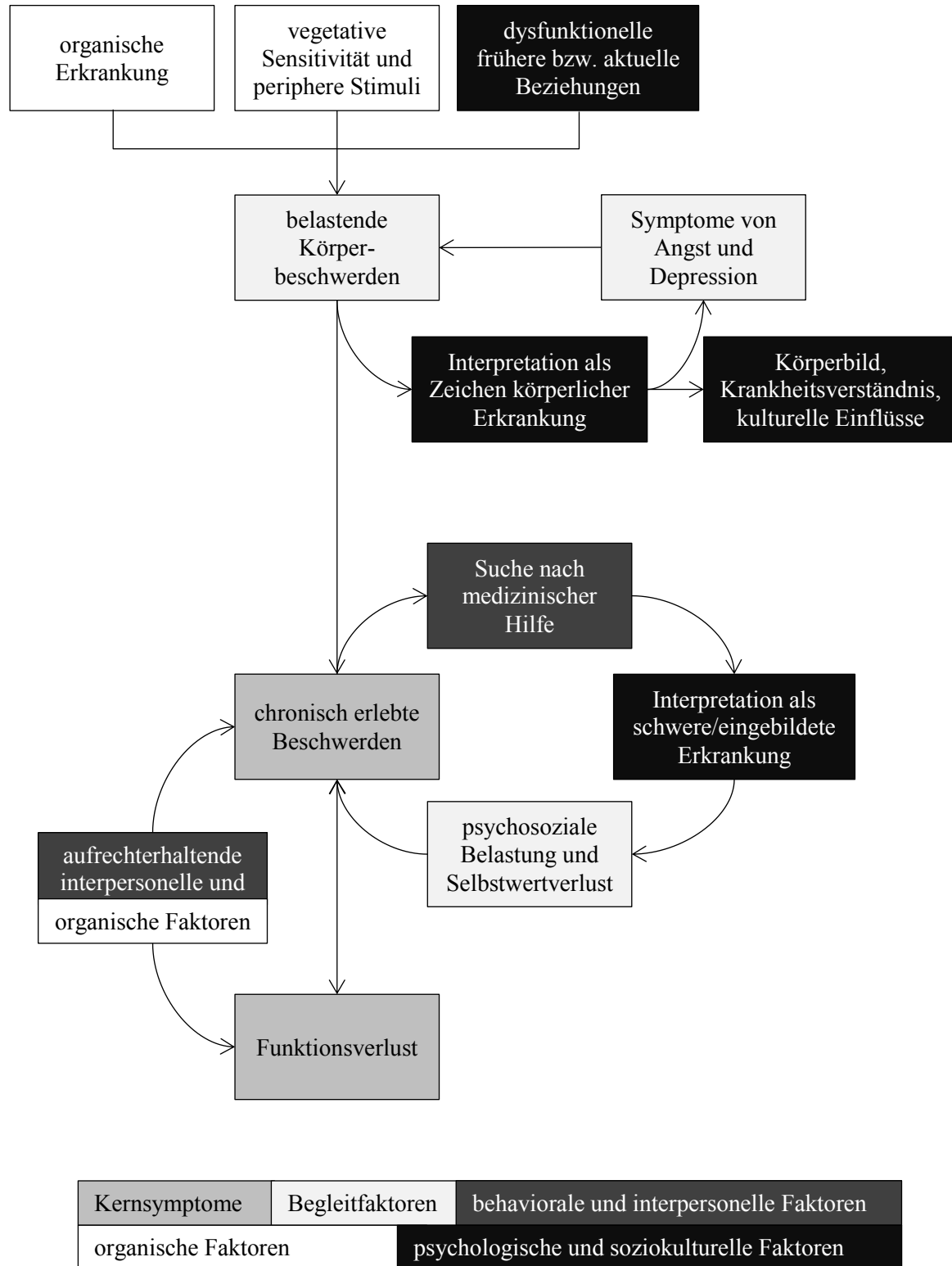


Abb. 1: Hypothetisches Entstehungsmodell somatoformer Störungen (aus Henningsen et al. 2007)

1.2.4 Klassifikation

Der Begriff „somatoforme Störung“ wurde 1980 erstmals als Diagnose in das amerikanische Klassifikationsmanual für psychische Erkrankungen (DSM-III) aufgenommen. 1991 erfolgte die Kategorisierung im WHO-Instrument, dem ICD-10 (Ronel et al. 2008), unter dem gleichnamigen Begriff. ICD-10 und das 1994 aktualisierte amerikanische Manual (DSM-IV) unterscheiden sich in der Zuordnung der ihnen untergeordneten Kategorien und in der Definition der einzelnen Entitäten (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Vergleich somatoformer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV

Somatoforme Störungen	
ICD-10 (Dilling 2011)	DSM-IV (Saß 2003)
Somatisierungsstörung (F45.0)	Somatisierungsstörung (300.81)
undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)	undifferenzierte Somatisierungsstörung (300.82)
hypochondrische Störung (F45.2) mit Unterkategorie Dysmorphophobie (entspricht körperdysmorpher Störung nach DSM-IV)	Hypochondrie (300.7) körperdysmorphe Störung (300.7)
somatoforme autonome Funktionsstörung (SAD) (F45.3)	-
anhaltende Schmerzstörung (F45.4)	Schmerzstörung (307.80 und 307.89)
sonstige bzw. nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen (F45.8, F45.9)	nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.82)
(Konversionsstörung unter F44 dissoziative Störungen kategorisiert)	Konversionsstörung (300.11)

Neben der Kategorisierung als somatoforme Störung werden somatoforme Beschwerdebilder auch v. a. in somatisch ausgerichteten Disziplinen mittels der ICD-10-Diagnose Neurasthenie (F48.0) oder in syndromalen Parallelklassifikationen kategorisiert, darunter Fibromyalgie, chronisches Erschöpfungssyndrom, Reizdarmsyndrom, Temporomandibulärsyndrom, Spannungskopfschmerz usw. Für diese syndromalen Beschreibungen existieren nur z. T. definierte Forschungskriterien und festgelegte ICD-10-Codierungen. Es wird kritisiert, dass ein oft polysymptomatischer Verlauf sowie psychosoziale Begleitfaktoren in diesen Klassifikationen unberücksichtigt bleiben (Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2012).

In der klinischen Anwendung der Diagnoseentitäten aus ICD-10 und DSM-IV zeigten sich Schwierigkeiten und zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten. Kritisiert wird u. a., dass die Diagnose der Somatisierungsstörung zu restriktiv sei und damit nur die am schwersten

Betroffenen einschlieÙe, während die Diagnose der undifferenzierten Somatisierungsstörung zu wenig spezifisch sei (Kroenke et al. 1997, Rief und Hiller 1999). Darüber hinaus sei die Diagnose „Somatisierungsstörung“ v. a. ein Symptome-Zählen (Voigt et al. 2010) – nach ICD-10 werden aus einer Liste von 14 Symptomen mindestens sechs gefordert, wobei die Beschwerden aus mindestens zwei der vier vordefinierten Bereiche stammen müssen; nach DSM-IV müssen mindestens acht von 33 Symptomen vorhanden sein mit einem bestimmten Verteilungsmuster der Beschwerden auf definierte Beschwerdeguppen. Diese Kriterien erwiesen sich als zu komplex und im klinischen Alltag als unpraktisch (Kroenke et al. 1997).

Auf Grundlage dieser Kritik wurden neue Klassifikationen vorgeschlagen. Zwei der am häufigsten gebrauchten Konzepte sind der von Escobar entwickelte *Somatic Symptom Index* (SSI-4/6) (Escobar et al. 1989) und das Konzept der „Multisomatoformen Störung“ – eine Alternative zur Diagnose „undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (Kroenke et al. 1997). Der *Somatic Symptom Index* fordert für Männer mindestens vier und für Frauen mindestens sechs somatoforme Beschwerden. Die durch den SSI-4/6 gefundene Erkrankung wird auch als „*abridged somatization*“ bezeichnet. Es fanden sich Prävalenzen von 4,4 bis 22 % in der Allgemeinbevölkerung. Im Gegensatz dazu trat die Somatisierungsstörung nach DSM-IV nur mit einer Prävalenz von einem Prozent auf (Escobar et al. 1989, Rief et al. 2001, Burton 2003). Die Diagnose „Multisomatoforme Störung“ (MSD) (Kroenke et al. 1997) kann gestellt werden, wenn mindestens drei aktuell stark beeinträchtigende Beschwerden vorliegen, die medizinisch nicht ausreichend erklärbar sind und innerhalb der letzten beiden Jahre an den meisten der Tage somatoforme Symptome vorhanden waren, wenngleich diese wechselten. Im Bereich der primärärztlichen Versorgung fanden sich Prävalenzen von acht Prozent (Jackson und Kroenke 2008). Beide Konzepte brachten Verbesserungen der Klassifikation somatoformer Beschwerden: Sie können das häufige Auftreten von Somatisierung besser widerspiegeln, sind leichter anwendbar und bilden ähnliche Funktionseinschränkungen Betroffener ab (Escobar et al. 1989, Jackson und Kroenke 2008, Rief und Hiller 1999).

In der Diskussion um geeignete Klassifikationskriterien für somatoforme Erkrankungen zeigten sich aber weitere Schwierigkeiten, die auch in den Klassifikationen nach MSD und SSI-4/6 nicht gelöst waren: Zum einen wird kritisiert, dass das Negativmerkmal – das Fehlen einer das Leiden des Patienten hinreichend erklärenden somatischen Ursache – in gängigen Klassifikationen zu sehr betont wird. Zum anderen fehlen positive, psychobehaviorale Faktoren weitestgehend als Klassifikationskriterien, obwohl somatoforme Störungen in

ICD-10 und DSM-IV als psychische Erkrankungen klassifiziert werden (Rief et al. 2010, Hausteiner-Wiehle et al. 2012).

Im Zusammenhang mit der Überarbeitung von ICD-10 und DSM-IV hat die Erforschung verbesserter Klassifikationen für somatoforme Erkrankungen stark zugenommen. Verschiedene Aspekte wurden diskutiert, darunter die grundlegende Frage, ob die Entität überhaupt als psychische Erkrankung definiert oder ob eine Kategorie zwischen somatischen und psychiatrischen Erkrankungen, als sogenannte „*interface disorders*“ eingeführt werden sollte (Henningsen et al. 2007, Rief und Isaac 2007). Psychobehaviorale Faktoren würden eine psychiatrische Diagnose rechtfertigen und es wurde gezeigt, dass diese die Validität des Diagnosekonstrukts verbessern können (Voigt et al. 2010). Die Frage, ob Körperbeschwerden für das Diagnosekonstrukt tatsächlich unerklärt sein müssen, ist ein weiterer Diskussionspunkt (Kroenke et al. 2007, Escobar et al. 2010). Es zeigte sich, dass steigende Anzahlen somatischer Beschwerden, unabhängig davon, ob diese erklärt waren oder nicht, mit steigender Psychopathologie, zunehmender Inanspruchnahme medizinischer Hilfen und zunehmenden psychischen Belastungen einhergingen (Escobar et al. 2010). Die Erkrankung dimensional auf einem Kontinuum leichter bis schwerer Verläufe zu betrachten, erscheint v. a. für die Versorgung von Patienten von Bedeutung und wurde daher als weiterer Aspekt für zukünftige Klassifikationen vorgeschlagen (Hausteiner-Wiehle et al. 2012, Kroenke et al. 2007, Voigt et al. 2010).

In dem im Mai 2013 neu herausgegebenen DSM-V wurde die Diagnosekategorie „somatoforme Störungen“ grundlegend revidiert und mit der Kategorie „*Somatic Symptom and Related Disorders*“ ersetzt. Eine neue Entität, die „*Somatic Symptom Disorder*“ (SSD), wurde beschrieben. Diese ist charakterisiert durch beeinträchtigende somatische Symptome, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten anhalten und mit unverhältnismäßigen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen einhergehen (American Psychiatric Association 2013). Mit der grundlegenden Überarbeitung des Konstrukts wurde der Seele-Körper-Dualismus in der Kategorisierung aufgehoben und die fehlende Erklärung von Körperbeschwerden spielt nun keine Rolle mehr. Darüber hinaus sind psychobehaviorale Faktoren berücksichtigt.

Erste Untersuchungen deuten an, dass die SSD-Diagnose im Vergleich zur bisherigen DSM-IV-Diagnose weniger restriktiv ist, eine verbesserte diskriminative Validität hat und dass Patienten mit stärkeren psychischen Beeinträchtigungen – wie für eine psychiatrische Erkrankung gefordert – besser identifiziert werden (Wollburg et al. 2013, Voigt et al. 2012).

Evidenzbasiert ist noch nicht geklärt, welche psychobehavioralen Faktoren das Konstrukt am besten repräsentieren (Wollburg et al. 2013, Voigt et al. 2012). Im Hinblick auf die Überarbeitung der ICD-Klassifikation wird ein Alternativkonzept, das des „*Bodily Distress Syndrome*“ (Fink et al. 2007), diskutiert. Kriterien für die neue Klassifikation sind noch offen (Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2012).

1.2.5 Versorgung

In den letzten Jahren hat die Aufmerksamkeit auf die Versorgungssituation von Patienten mit somatoformen Beschwerden zugenommen. 2012 erschien eine praxisorientierte S3-Leitlinie (Hausteiner-Wiehle et al. 2012) und eine versorgungsorientierte Verbesserung der Konzeptualisierung der Erkrankung wurde bzw. wird für die Klassifikationssysteme DSM-V und ICD-11 angestrebt. Je nach Schweregrad empfehlen Henningsen et al. eine „*stepped and shared care*“ – eine gestufte Versorgung in enger Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen (Henningsen et al. 2007). Aktueller Standard ist die psychosomatische Grundversorgung in hausärztlicher Betreuung und für Patienten mit chronischen Beschwerden und schwerer Beeinträchtigung wird eine kognitive Verhaltenstherapie, als bisher am besten evaluiertes Verfahren, empfohlen (Gottschalk und Rief 2012). Trotz des zunehmenden Forschungsinteresses gibt es zahlreiche Defizite in der Betreuung der Patienten aufzuarbeiten. Versorgungsstrukturen sind häufig mangelhaft und richten sich dualistisch an psychiatrische oder somatische Aspekte der Gesundheitsversorgung, wohingegen integrierte psychosomatische Strukturen eher Ausnahmen darstellen. Umfassende diagnostische Maßnahmen, häufige Inanspruchnahme ärztlicher Hilfen sowie erhöhte Raten an Krankschreibungen und Berentungen führen zu einer erhöhten gesundheitsökonomischen Belastung und zu einem erheblichen Leiden der Patienten (Hiller et al. 2003, Rief und Hiller 2011). Ungünstige Arzt-Patienten-Interaktionen mit Ausbildung eines „Wettstreites“ zwischen Symptompräsentation auf Patientenseite und Versicherung, dass diagnostische Ergebnisse keine Organpathologie bestätigen auf Arztseite führen nicht selten zur iatrogenen Verstärkung der Beschwerden mit unnötiger Diagnostik (Salmon 2007, Henningsen et al. 2007). In der medizinischen Ausbildung werden entsprechende kommunikative Fähigkeiten wenig gefördert (Salmon 2007). Besonders ungünstig ist auch, dass somatoforme Erkrankungen häufig erst spät erkannt werden. Die Dauer zwischen Erkrankungsbeginn, korrekter Diagnosestellung und Therapieeinleitung beträgt durchschnittlich drei bis fünf Jahre

(Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Löwe et al. deuten in einer aktuellen Untersuchung von 92 Patienten mit somatoformen Störungen sogar auf erheblich längere Zeiträume von im Median 13,5 Jahren hin (Löwe 2013).

1.3 Stress und Krankheitsverarbeitung

1.3.1 Bedeutung der Krankheitsverarbeitungsforschung

Das Ziel von Krankheitsverarbeitungsforschung ist, durch ein verbessertes Verständnis von Verarbeitungsprozessen effektive therapeutische Angebote zu entwickeln (Muthny und Bengel 2009). Das ursprüngliche Interesse an dem Forschungsgebiet beruht auf Hinweisen darauf, dass Verarbeitungsprozesse überlebensförderliche oder auch ungünstige Auswirkungen auf den Verlauf von Erkrankungen haben können (Muthny 2004). Durch Beeinflussung von Krankheitsverarbeitung könnte demnach Einfluss auf den Verlauf von Erkrankungen genommen werden (Dinkel 2008, Muthny und Bengel 2009). Untersuchungen wurden vielfach im psychoonkologischen Bereich durchgeführt und depressive Verarbeitungsstrategien scheinen sich prognostisch ungünstig auf das Überleben und die Lebensqualität Erkrankter auszuwirken (Faller und Schmidt 2004, Muthny 2004). Neben der Möglichkeit, anhand von Krankheitsverarbeitungsprozessen prognostische Hinweise für den Erkrankungsverlauf zu erhalten, wird davon ausgegangen, dass Krankheitsverarbeitungsprozesse auch Aspekte der Compliance und des klinischen Outcome von Rehabilitationsmaßnahmen erklären können (Muthny 2004). Aus den Ergebnissen der Krankheitsverarbeitungsforschung können somit Interventionsmöglichkeiten zur Verbesserung von Krankheitsverarbeitung abgeleitet werden. Solche Interventionsmöglichkeiten wurden z. B. in Form von Patientenschulungen für Asthma bronchiale und Neurodermitis entwickelt, jedoch wurden die Ergebnisse von Studien zur Krankheitsverarbeitung für die Entwicklung wenig genutzt (Petermann und Warschburger 2002). Krankheitsverarbeitungs- und Interventionsforschung scheinen oftmals wenig Berührungspunkte zu haben (Franke et al. 2007, Petermann und Warschburger 2002). Weber beschreibt die Identifikation von Formen, Funktionen und Intentionen von Krankheitsverarbeitung als Grundlagenforschung. Um klinische Bedeutung zu erlangen, muss diese Forschung über die Deskription hinausgehen und die Effizienz von Krankheitsverarbeitung beurteilen (Weber 1990).

Im Folgenden wird der theoretische Hintergrund von Krankheitsverarbeitung und in diesem Zusammenhang auch von Stress näher beleuchtet, anschließend wird auf Möglichkeiten zur Erfassung beider Konstrukte und auf empirische Ergebnisse im Zusammenhang mit somatoformen Erkrankungen eingegangen.

1.3.2 Transaktionstheorie

Aktuelle Konzepte der Krankheitsverarbeitung gehen auf die Transaktionstheorie von Richard Lazarus und Susan Folkman zurück. Die Theorie entstand aus Vorarbeiten von Ich-Psychologie, psychoanalytischen Abwehrmodellen (Lazarus 1993) und Stressforschung. 1966 veröffentlichte Richard Lazarus das transaktionale Stressmodell, dessen primärer Fokus darauf lag, die individuelle Verarbeitung von Stress und – in Weiterentwicklung der Theorie – von Emotionen zu betrachten (Lazarus und Folkman 1987). Im Zentrum der Theorie steht die Transaktion bzw. Beziehung zwischen einer Person und ihrem Umfeld, die durch zwei Schlüsselprozesse beeinflusst und verändert wird: durch *Coping* (von englisch „to cope“: deutsch „bewältigen“) und Bewertung.

Die Interaktion Person-Umfeld, also die Transaktion, unterliegt einer zweifachen Bewertung: Ein erster Bewertungsschritt ist die Frage danach, ob diese Transaktion für die betreffende Person relevant ist. Qualität und Bedeutung der Interaktion werden beurteilt als Bedrohung, Schaden, Herausforderung oder Benefit. Stress liegt vor, wenn eine Person die Interaktion mit der Umwelt als einen Prozess beurteilt, der die eigenen Ressourcen herausfordert, übersteigt oder das Wohl der Person gefährdet (nach Lazarus und Folkman 1984 S. 141). Ein zweiter Bewertungsschritt, der zeitlich parallel erfolgen kann, betrachtet die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten: Womit kann die Situation gemeistert werden? Nach einem erfolgten Bewältigungsversuch kommt es zur Neuevaluation und -bewertung der Situation mit ggf. neuem Verarbeitungsprozess.

Coping wird verstanden als kognitive und behaviorale Versuche, spezifische externale und/oder internale Anforderungen zu bewältigen, die als Stress bewertet wurden (nach Lazarus und Folkman 1984 S. 141). Anforderungen zu bewältigen kann bedeuten, diese zu reduzieren, zu vermeiden, zu tolerieren, ebenso wie die stressvollen Situationen zu akzeptieren oder aber die Umgebungsbedingungen zu verändern. *Coping* wird demnach unabhängig davon, ob das Ziel erreicht wird, als Prozess verstanden.

Zwei Formen von *Coping* mit unterschiedlichen Funktionen werden unterschieden: Problemorientiertes *Coping* strebt eine Veränderung der Situation an, emotionsorientierte Bewältigung dagegen richtet sich auf die Regulation von Gefühlen, hat also eine Veränderung der Bedeutung oder der Betrachtungsweise der Situation zum Ziel und wird oft dann eingesetzt, wenn die Situation nicht veränderbar ist.

Bewertung und *Coping* haben Einfluss auf Gefühle und langfristig auf das subjektive Wohlbefinden, die soziale Funktionsfähigkeit und die körperliche Gesundheit (Lazarus und Folkman 1987).

1.3.3 Definition von Krankheitsverarbeitung

Mit der Betrachtung von Krankheit und ihren Folgen als belastende und zu bewältigende Situation wurde die theoriebasierte Bewältigungsforschung in die klinische Erforschung der Krankheitsverarbeitung eingeführt. Muthny definiert Krankheitsverarbeitung als „die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Krankheitsverarbeitung kann sich sowohl auf ein Individuum als auch in systemischer Betrachtung auf eine Sozialstruktur beziehen.“ (Muthny 1989 S. 5). Krankheitsverarbeitung ist dabei unabhängig vom Ergebnis bzw. vom Erfolg zu betrachten, wenngleich sie als zielgerichteter Prozess verstanden wird. Da der Begriff „Krankheitsbewältigung“ ein positives Ergebnis stärker impliziert, bevorzugt Muthny den Begriff „Krankheitsverarbeitung“ (Muthny 1989).

Psychosoziale Belastungen, die mit Erkrankungen einhergehen und deren Verarbeitung Erkrankte gegenüberstehen sind z. B. (Heim 1998):

- Gestörtes emotionales Gleichgewicht
- Veränderte Körperintegrität und verändertes Wohlbefinden (z. B. durch Verletzung, Behinderung, Schmerz, Invalidität)
- Verändertes Selbstkonzept (durch Autonomie- und Kontrollverlust, verändertes Körperschema, Ungewissheit)
- Verunsicherung hinsichtlich sozialer Rollen und Aufgaben (in Bezug auf Familie, Freunde, Bekannte, soziale Funktionen, neue Abhängigkeiten)
- Veränderte Umgebung (Hospitalisation, Beziehungen zu Medizinalpersonen)
- Bedrohung des Lebens und Angst vor dem Sterben

Das globale Ziel von Krankheitsverarbeitung ist eine möglichst gute Adaptation an krankheitsbezogene Belastungen. Im Einzelnen beinhaltet diese Zielsetzung unterschiedliche Aspekte je nach Betrachter: Aus Patientensicht spielen u. a. die Wiederherstellung eines emotionalen Gleichgewichtes, die Wiedergewinnung von Wohlbefinden und Körperfunktionen eine wichtige Rolle, währenddessen Therapeuten z. B. die Kooperation in Diagnostik und Therapie und das Einlassen auf eine konstruktive Arzt-Patienten-Beziehung als Adaptationsleistung wünschen und im sozialen Umfeld die Anpassung der beruflichen, familiären und sozialen Beziehungen fokussiert wird (Heim 1998).

Ein vereinfachtes Modell des Krankheitsverarbeitungsprozesses ist in Abb. 2 dargestellt.

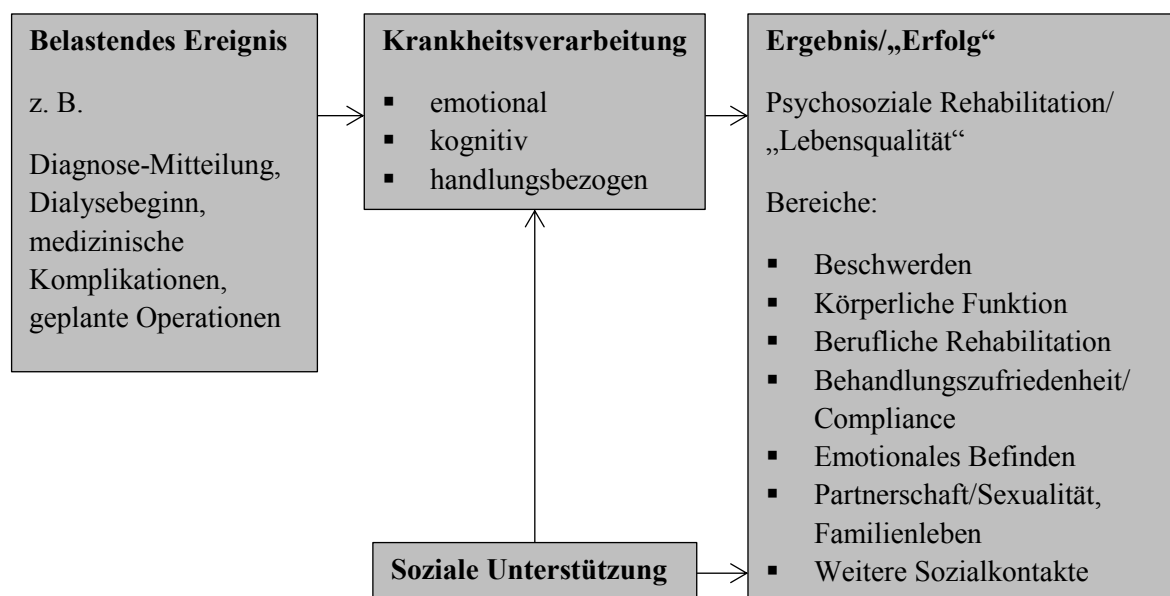


Abb. 2: Modell zur Krankheitsverarbeitung (Muthny 1994)

1.3.4 Erfassung von Krankheitsverarbeitung

Zur Erfassung von Krankheitsverarbeitung wurden zahlreiche standardisierte Fragebögen entwickelt (Franke et al. 2007, Kendel und Sieverding 2012). Deutschsprachige krankheitsübergreifende Messinstrumente sind der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) (Muthny 1989), die Berner Bewältigungsformen (BEFO) (Heim 1991), die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) (Klauer und Filipp 1993) sowie der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) (Franke et al. 2000). Krankheitsverarbeitungsinstrumente untersuchen eine Vielzahl unterschiedlicher Bewältigungsstrategien (Muthny 2004). Versuche einer Systematisierung bzw. das Herausfiltern allgemeingültiger Strategien gestalteten sich dabei eher schwierig. Eine

Zuordnung wurde entsprechend der Ebenen Kognition, Handlung und Emotion versucht (Heim 1998). Zu kognitiven Bewältigungsformen zählen Strategien, die die innerpsychisch-rationale und intellektuelle Auseinandersetzung mit der Erkrankung charakterisieren wie z. B. Problemanalyse, Sinngebung, Humor und Grübeln. Handlungsbezogene, also von externen Betrachtern direkt sichtbare Strategien sind z. B. aktives Vermeiden, konzentrierte Entspannung und zupackendes Verhalten. Emotionsbezogene Formen berücksichtigen bewusste oder vorbewusste Haltungen gegenüber der Erkrankung wie etwa Selbstbedauern, Optimismus und Resignation.

Die Erfassung von Krankheitsverarbeitung zeigt einige Herausforderungen: Krankheitsverarbeitung ist nicht stabil, unterscheidet sich in einzelnen Patientengruppen mit verschiedenen Erkrankungen, aber auch intraindividuell in unterschiedlichen Erkrankungsstadien. Betrachtungen müssen sich daher immer auf den zeitlichen und situativen Kontext beziehen (Lazarus 1993, Weber 1990).

1.3.5 Effiziente Krankheitsverarbeitung

Um klinische Relevanz zu haben, sollte die Effizienz von Krankheitsverarbeitung beurteilt werden. Von Effizienz kann ausgegangen werden, wenn ein Ziel bzw. eine Intention erreicht wurde. Zielsetzungen und das Erreichen dieser unterscheiden sich aber individuell, werden subjektiv beurteilt und sind in standardisierten Instrumenten kaum erfassbar. Daher müssen meist andere Kriterien zur Beurteilung herangezogen werden, die z. B. die Folgen und Funktionen von Krankheitsverarbeitung operationalisieren (Weber 1990).

Formulierte Effizienzkriterien umfassen drei Dimensionen (Weber 1990): den Inhaltsbereich, die Zeitspanne und die Urteilsinstanz. Der Inhaltsbereich beurteilt „Gesundheit“ umfassend, also psychisches Wohlbefinden, physische Gesundheit und soziale Funktionstüchtigkeit. In Hinblick auf die Zeitspanne sind Unterscheidungen nötig, ob die eingesetzte Strategie kurzfristig oder langfristig effizient ist. Bezüglich der Urteilsinstanz muss betrachtet werden, ob objektive Kriterien wie Labor- oder physiologische Parameter untersucht werden oder die subjektive Einschätzung des Patienten bzw. einer fremdbeurteilenden Person. Da in der Forschungspraxis in der Regel nur einzelne Kriterien geprüft werden können, werden zur Beurteilung zumeist die folgenden Parameter herangezogen: Befindlichkeit wie Ängstlichkeit und Depressivität, subjektive Gesundheit bzw. Lebensqualität und z. T. auch Mortalität (Muthny und Bengel 2009, Büchi und Buddeberg 2004).

Richard Lazarus betonte, dass es *a priori* ebenso wenig adaptive, effiziente Verarbeitungsstrategien gibt wie generell maladaptive, ineffiziente. Dennoch nahm er an, dass es Verarbeitungswege gibt, die häufiger adaptiv oder maladaptiv sind (Lazarus 1993).

Einigkeit scheint darüber zu bestehen, dass aktives, problemorientiertes und realitätsbezogenes *Coping* tendenziell günstige Anpassungen bewirkt und dass v. a. die Inanspruchnahme sozialer Ressourcen einen hohen positiven Stellenwert hat. Resignation und passive, selbst- oder fremdanklagende Strategien dagegen werden eher als ungeeignet betrachtet (Muthny und Bengel 2009, Heim 1998). Verleugnen oder Abwehr können phasenweise, z. B. nach Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose, vor Überforderung schützen und sind daher nicht grundsätzlich als maladaptiv zu betrachten. Als ineffizient betrachtet wird das Verhalten erst dann, wenn es zu fehlender Auseinandersetzung und Mitarbeit im therapeutischen Prozess führt (Kendel und Sieverding 2012). Wie oben beschrieben muss die Bewertung also immer im situativen, zeitlichen Kontext erfolgen.

1.3.6 Stress

Die theoretischen Grundlagen der Transaktionstheorie betrachten *Coping* als Prozess zur Verarbeitung von Stress. Spezifische krankheitsbezogene Stressoren wurden bereits unter 1.3.3 erläutert. Wie unter 1.3.2 dargestellt kann Stress transaktional definiert werden. Andere Betrachtungsweisen sind reaktionsbezogen und stimulusorientiert (Lazarus und Folkman 1984). Reaktionsbezogene Ansätze betrachten Reaktionen des Organismus auf Stress. Beschriebene Ansätze sind z. B. die Kampf-oder-Flucht-Reaktion nach Cannon oder das Allgemeine Adaptationssyndrom nach Selye. Stimulusorientiert wird Stress als Ereignis bzw. Situation betrachtet, die belastend ist und Stressreaktionen hervorruft. Solche Ereignisse bzw. Situationen werden auch als Stressoren bezeichnet. Nach der Dauer der zur Adaptation nötigen Zeit und der Valenz der Ereignisse bzw. Situationen lassen sich verschiedene Formen von Stressoren unterscheiden (Perrez et al. 2011): Alltagswidrigkeiten („*daily hassles*“), kritische Lebensereignisse („*life events*“) und chronische Stressoren. Es konnte gezeigt werden, dass Alltagswidrigkeiten im Vergleich mit kritischen Lebensereignissen somatische und psychische Gesundheit am besten vorhersagen konnten (Perrez et al. 2011, Levenstein et al. 1993).

Reaktions- und stimulusorientierte Ansätze wurden dahingehend kritisiert, dass sie bestimmte Ereignisse oder Situationen regelhaft als belastend beurteilen, während Stress nur vorliegt, wenn auf eine bestimmte Situation eine Stressreaktion erfolgt (Lazarus und Folkman 1984).

In der Erfassung von Alltagswidrigkeiten wurde kritisiert, dass Messverfahren lange Ereignislisten abfragten, die zu spezifisch, kultur- und kontextbezogen seien. Außerdem könnten Erkrankungen die Wiedergabe von Alltagsbelastungen dahingehend konfundieren, dass bei vorhandener Erkrankung vermehrt „*daily hassles*“ berichtet werden (Fliege et al. 2001, Levenstein et al. 1993). Alternativ zur Erfassung von objektiv angenommenen Stressoren wurden Verfahren zum Erfassen subjektiven Belastungserlebens entwickelt. Diese messen die subjektive „Belastetheit“, also Reaktionen auf Transaktionen, die die eigenen Ressourcen überfordern (Fliege et al. 2001). Subjektives Belastungserleben kann als ein globales Maß von sämtlichen Belastungen, also erlebten aktuellen, aber auch chronischen und Belastungen durch kritische Lebensereignisse, verstanden werden (Cohen et al. 1983). Subjektive Belastung betrachtet Stress daher am ehesten im transaktionalen Sinn (Kocalevent et al. 2007). Konfundierungen mit Bewältigungsprozessen müssen dabei allerdings angenommen werden (Fliege et al. 2001, Cohen et al. 1983). Es konnte gezeigt werden, dass subjektives Stresserleben besser mit Gesundheit assoziiert war als kritische Lebensereignisse (Levenstein et al. 2000, Cohen et al. 1983).

Während zur Erfassung von objektiven Stressoren zahlreiche Messverfahren entwickelt wurden, existieren zur Messung von subjektiv erlebtem Stress nur wenige. Im deutschsprachigen Raum eingesetzte Verfahren sind die *Perceived Stress Scale* (PSS) (Cohen et al. 1983) und der *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ) (Fliege et al. 2001). Während der PSS v. a. die kognitive Bewertung von Stress misst und mittels eines globalen Stresswertes abbildet, erfasst der PSQ verschiedene Facetten von subjektiv erlebten Stress wie Anspannung, Freude usw.

1.3.7 Empirische Ergebnisse

Stress scheint im Zusammenhang mit somatoformen Beschwerden eine große Rolle zu spielen. Haftgoli et al. konnten zeigen, dass mit steigender Anzahl an psychosozialen Stressoren das Risiko, an einer multisomatoformen Störung zu leiden, deutlich zunahm (Haftgoli et al. 2010). Fink et al. postulieren, dass somatoforme Körperbeschwerden eine Stressreaktion des Organismus repräsentieren, die durch physiologische und zentrale Prozesse verändert wird und beschreiben somatoforme Beschwerden unter dem Diagnosekonstrukt der „*Bodily distress disorder*“. Bisher belegten sie diesbezüglich eine hohe Assoziation zwischen unspezifischem emotionalen Stress und Erkrankungsschwere (Fink et al. 2007).

Während also eine hohe Stressbelastung bei Patienten mit manifesten somatoformen Beschwerden angenommen werden kann, ist zur Krankheitsverarbeitung – basierend auf den theoretischen Überlegungen von Lazarus und Folkman (Lazarus und Folkman 1984) und den oben beschriebenen Weiterentwicklungen des Konzeptes – von Patienten mit somatoformen Beschwerden bisher nur wenig untersucht. Hausteiner-Wiehle et al. kritisieren, dass v. a. Untersuchungen zu Verarbeitungsstrategien fehlen, die positive Auswirkungen auf somatoforme Beschwerden haben (Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Einzelne Untersuchungen zur Krankheitsverarbeitung bei somatoformen Beschwerden existieren, besser untersucht erscheinen jedoch spezifische somatoforme Syndrome, darunter das chronische Erschöpfungssyndrom oder Konversionsstörungen. In einer Längsschnittuntersuchung von Patienten mit psychiatrischer Komorbidität, die sich zur Behandlung auf allgemein-internistischen Stationen befanden, konnte gezeigt werden, dass resignierende und den Zustand akzeptierende Krankheitsverarbeitungsstrategien die Persistenz von somatoformen Störungen nach DSM-IV innerhalb von drei Monaten nach Entlassung vorhersagten (McKenzie et al. 2010). Dirkzwager und Verhaak untersuchten Stressbewältigung in einer allgemeinmedizinischen Stichprobe (Dirkzwager und Verhaak 2007). Patienten mit medizinisch nicht erklärten Beschwerden (MUPS) wurden verglichen mit Patienten ohne MUPS und mit Patienten, die mit gleicher Häufigkeit wie MUPS-Patienten Hausärzte kontaktierten, dabei aber medizinische Diagnosen aufwiesen. MUPS-Patienten hatten erhöhte Stresswerte, unterschieden sich aber nicht im *Coping* von den anderen Patienten. Auffällig war, dass MUPS-Patienten deutlich stärker sozial isoliert waren. Nater et al. konnten zeigen, dass Patienten mit Chronischen Erschöpfungssyndrom (CFS) sowie Patienten mit unerklärter chronischer Müdigkeit, die nicht die CFS-Kriterien erfüllten im Gegensatz zu gesunden Probanden vermehrt Vermeidungsverhalten („*Escape Avoidance*“) aufwiesen (Nater et al. 2006). Dieses Verhalten war assoziiert mit Fatiguestärke, Schmerz und anderen Beeinträchtigungen und wurde als maladaptiv identifiziert. Bei Patienten mit psychogenen Anfällen fanden Testa et al. weniger aktive und planende Strategien zur Stressbewältigung als bei Gesunden bzw. Patienten mit Epilepsie. Erhöhte Frequenzen an kritischen Lebensereignissen waren bei jenen Patienten nicht nachweisbar, dafür aber eine stärkere Bewertung dieser als stressbelastend (Testa et al. 2012).

Bisherige Ergebnisse zusammenfassend scheinen Stress und vermeidende, resignierende Verarbeitungsstrategien sowie sozialer Rückzug mit somatoformen Beschwerden assoziiert zu sein. Aktive und problemorientierte Strategien scheinen tendenziell wenig eingesetzt zu werden, obwohl diese günstiger für das klinische Ergebnis erscheinen.

2 Ziele der Arbeit

Ziel der Arbeit ist die Untersuchung von Stress und Krankheitsverarbeitung bei hausärztlichen Patienten mit somatoformen Beschwerden. Krankheitsverarbeitungsprozesse könnten entscheidend dazu beitragen, dass manche Verläufe somatoformer Beschwerden unkompliziert Verbesserungen erleben, während andere chronifizieren. Indem Patienten mit akuten und chronischen somatoformen Beschwerden untersucht werden, sollen anhand dieser Querschnittsstudie erste Ideen entwickelt werden, welche Krankheitsverarbeitungsstrategien an einer Chronifizierung beteiligt sein könnten und welche sich als günstig erweisen könnten. Da Bewältigungsforschung konzeptionell an Stressforschung geknüpft ist und durch die gemeinsame Betrachtung aus Stress und *Coping* das Verständnis für den Verarbeitungsprozess steigt, werden sowohl Krankheitsverarbeitung als auch subjektiv erlebte Belastung untersucht. Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung der Patienten sollen abgeleitet werden. Folgende Hypothesen und Fragestellungen sind Gegenstand der vorliegenden Arbeit:

2.1. Wie schätzen Patienten mit somatoformen Beschwerden ihre subjektive Belastung ein?

Bisherige Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden stressbelastet sind. Mit der Fragestellung soll untersucht werden, wie stark sich Patienten mit somatoformen Beschwerden subjektiv belastet fühlen. Höhere Stresswerte als die der Durchschnittsbevölkerung werden erwartet. Darüber hinaus soll geprüft werden, welche Aspekte der subjektiv erlebten Belastung besonders stark ausgeprägt sind.

2.2. Wie verarbeiten Patienten mit somatoformen Beschwerden ihre Erkrankung?

Diese Fragestellung soll deskriptiv untersucht werden. Anhand der unter 1.3.7 aufgeführten Forschungsergebnisse können Tendenzen im Bewältigungsverhalten von Patienten mit somatoformen Beschwerden erwartet werden, darunter ein eher passives Verhalten mit resignierenden, depressiven und vermeidenden Verarbeitungsstrategien. Aktive und problemorientierte Verarbeitungsstrategien sowie Sozialkontakte werden wahrscheinlich weniger gesucht. Aufgrund der bekannt schwierigen Arzt-Patienten-Beziehungen mit häufigem Arztwechsel wird angenommen, dass das Vertrauen in Ärzte und therapeutische

bzw. diagnostische Maßnahmen wenig ausgeprägt ist. Mit der Fragestellung soll untersucht werden, ob und welche Tendenzen stark bzw. schwach ausgeprägt sind.

2.3. Wie unterscheiden sich Patienten mit akuten bzw. chronischen somatoformen Beschwerden:

2.3.1. hinsichtlich der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfen, psychischer Komorbidität und gesundheitsbezogener Lebensqualität?

Es wird davon ausgegangen, dass Patienten mit akuten Beschwerden weniger Arztbesuche in Anspruch nehmen und an weniger psychischen Komorbiditäten leiden als Patienten mit chronischer Erkrankung. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird angenommen, dass akut Erkrankte weniger beeinträchtigt sind als chronisch Erkrankte.

2.3.2. im subjektiven Belastungserleben und in der Krankheitsverarbeitung?

Es wird erwartet, dass sich akut Erkrankte deutlich weniger belastet fühlen als Patienten mit chronischen Beschwerden. Hinsichtlich Krankheitsverarbeitung wird angenommen, dass die unter 2.2 beschriebenen Tendenzen bei chronisch Erkrankten deutlich stärker ausgeprägt sind als bei akut Betroffenen. Mit der Fragestellung soll geklärt werden, in welchen Krankheitsverarbeitungsstrategien sich akut bzw. chronisch Erkrankte am deutlichsten unterscheiden. Hypothesen sollen abgeleitet werden, welche Verarbeitungsstrategien an der Chronifizierung von somatoformen Beschwerden beteiligt sein könnten.

2.4. In welchem Zusammenhang stehen subjektive Belastung bzw.

Krankheitsverarbeitungsstrategien und Lebensqualität?

Bisherige Ergebnisse betrachtend (siehe 1.3.7) wird davon ausgegangen, dass erlebter Stress und Krankheitsverarbeitung Einfluss auf die körperliche und seelische Lebensqualität von Patienten mit somatoformen Beschwerden haben. Die stärksten Zusammenhänge zwischen subjektiver Belastung, Krankheitsverarbeitungsstrategien und Lebensqualität sollen ermittelt werden. Aus den Ergebnissen sollen Hypothesen abgeleitet werden, welche Krankheitsverarbeitungsstrategien adaptiv bzw. maladaptiv sein könnten.

3 Methodik

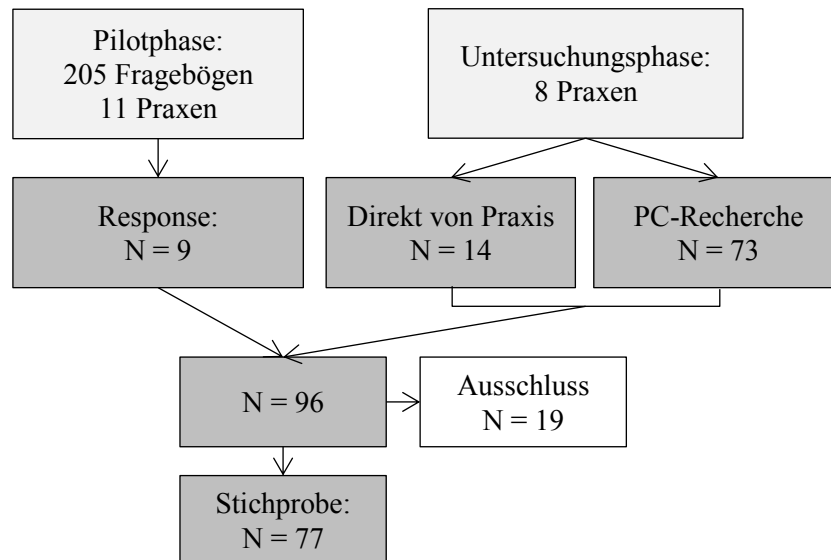


Abb. 3: Flussdiagramm zum Zustandekommen der Stichprobe

3.1 Patientenrekrutierung sowie Ein- und Ausschlusskriterien

3.1.1 Pilotphase

In der Pilotphase wurden 205 Fragebögen an elf Hausarztpraxen in Jena ausgehändigt, die Ärzte an Sprechstundenpatienten verteilten (siehe Abb. 3). Einschlusskriterien waren: Patientenalter zwischen 18 und 50 Jahren, akute, maximal sechs Monate bestehende somatoforme Beschwerden oder chronische, seit mindestens zwei Jahren bestehende Somatisierung mit mindestens drei gegenwärtig vorhandenen somatoformen Symptomen, die mehr als ein Organsystem betrafen. Die Kriterien entsprachen dem Konzept der multisomatoformen Störung nach Kroenke (Kroenke et al. 1997) und Empfehlungen der Forschungsgruppe um Professor Rief. Ausgeschlossen wurden Patienten mit vordergründig anderen psychiatrischen und organischen Erkrankungen. Organische Ausschlusskrankungen waren: Bluthochdruck, Diabetes, Arthritis, Rheuma, Migräne, Bandscheibenvorfall, Herzerkrankungen, Asthma, COPD, Magen-Darm-Erkrankungen, Hepatitis, Leber-, Nieren-, Schilddrüsenerkrankungen, Tumorleiden, Schlaganfall und HIV bzw. AIDS. Die Erkrankungsliste beinhaltet häufige, in verschiedenen Studien (Kroenke et al. 2002, Schmitz et al. 2007) bzw. mit dem *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN,

Version 2.1) erfasste Erkrankungen und wurde von der Forschungsgruppe um Professor Rief zur Verfügung gestellt.

Nach zwei Monaten wurde das Vorgehen evaluiert: neun Patienten hatten an der Pilotphase teilgenommen. In zwei Praxen waren keine Probanden gefunden worden. Hausärzte betrachteten die Ausschlusskriterien als zu restriktiv und der Aufwand für die Praxen schien zu groß. Ein- und Ausschlusskriterien sowie das Prozedere zur Probandengewinnung wurden in Absprache mit den Hausärzten für die Untersuchungsphase umgestellt.

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchungsphase

Eingeschlossen wurden Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren mit aktuellen, somatoformen Beschwerden. Ausschlusskriterien waren schwerwiegende körperliche Erkrankungen, schwerwiegende andere psychiatrische Erkrankungen sowie ausschließlich somatisch erklärbare Beschwerden im Anamnesegespräch.

Körperliche Erkrankungen wurden nach o. g. Erkrankungsliste nicht mehr grundsätzlich ausgeschlossen sondern im Einzelfall dann, wenn Erkrankungen somatoforme Beschwerden überdecken oder erklären konnten. Zum Ausschluss schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen wurden Patienten nach dem Hauptgrund eines Arztbesuches und nach psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen in der Vorgeschichte gefragt (siehe Anhang: „Fragebogen zu allgemeinen Angaben“). Mittels PHQ-D (siehe 3.2.4) wurde auf Alkoholabhängigkeit gescreent. Patienten mit schweren psychiatrischen Beeinträchtigungen wurden ausgeschlossen. Aufgrund der hohen Komorbiditätsraten mit Angststörungen bzw. Depressionen wurden betroffene Patienten in die Untersuchungen aufgenommen.

3.1.3 Prozedere in der Untersuchungsphase

Acht Praxen (P1-P8, siehe 3.3 Tab. 3) unterstützten das weitere Prozedere: Hausärzte luden in Zusammenarbeit mit Arzthelfern Patienten mit somatoformen Symptomen zur Studie ein. In den Praxen P1 bis P6 war darüber hinaus eine Recherche in der Praxissoftware nach Patienten mit somatoformen Erkrankungen möglich. Die PC-Recherche erfolgte in mehreren Schritten (detaillierte Übersicht siehe Anhang Tab. 15): Zunächst wurden Hausärzte gefragt, mit welchen Codierungen sie somatoforme Beschwerden verschlüsselten. Im zweiten Schritt wurde nach Patienten mit diesen Codierungen in der Praxis-EDV recherchiert. War die

Recherche nicht zielführend, so wurde nach häufigen somatoformen Syndromen, z. B. Fibromyalgie oder chronisches Erschöpfungssyndrom, und häufigen somatoformen Beschwerden wie Schmerzen, Gastrointestinalsymptomen und kardiovaskulären Symptomen (Rief et al. 2001) recherchiert. Detektierte Patienten wurden anschließend abhängig von Alter, schweren Komorbiditäten und bei fehlendem Praxisbesuch im letzten halben Jahr ausgeschlossen. Die Eignung und Kontaktaufnahme der gefundenen Patienten wurde mit den Hausärzten besprochen.

87 Patienten nahmen an der Untersuchungsphase teil und wurden zu einem Termin für ein Anamnesegespräch und das Ausfüllen eines Fragebogenheftes eingeladen.

3.2 Erhebungsinstrumente und Votum der Ethikkommission

Zum Untersuchungstermin wurde von der Doktorandin nach Aufklärung und schriftlichem Einverständnis der Patienten ein unstandardisiertes, halbstrukturiertes Anamnesegespräch durchgeführt. Anschließend beantworteten Probanden fünf Selbstratingfragebögen (siehe Anhang): den Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) (Franke et al. 2000), den Screeningfragebogen für Somatoforme Störungen (SOMS-2) (Rief et al. 1997), den Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) (Löwe et al. 2002), den *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ-20) (Fliege et al. 2001) sowie den Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (SF-12) (Bullinger 2000). Die Bearbeitungszeit betrug 30 bis 45 Minuten.

Die Ethikkommission des Universitätsklinikum Jena stimmte dem Konzept der Studie am 09.04.2010 zu.

3.2.1 Anamnesegespräch und Praxisunterlagen

Ziel des Anamnesegespräches mit anschließender Recherche in den Patientenunterlagen der Praxis war es, Ausschlusskriterien zu kontrollieren sowie das Inanspruchnahmeverhalten in den Praxen zu quantifizieren.

Mittels eines eigens entworfenen Anamneseleitfadens (siehe Anhang „Anamnesebogen“) wurden das aktuelle Befinden sowie gegenwärtige Beschwerden erfragt. Angegebene Beschwerden wurden anhand von Untersuchungsbefunden in der Praxis und nach Rücksprache mit den betreuenden Hausärzten als „somatisch erklärbar“, „somatoform“ oder „unklar“ codiert. Patienten mit ausschließlich somatisch erklärbaren Beschwerden wurden

ausgeschlossen. Bestehende bzw. Vorerkrankungen wurden anhand der unter 3.1.1 aufgeführten Erkrankungsliste abgefragt. Die Angaben der Probanden wurden anhand der Patientenunterlagen in den Praxen validiert. Die Anzahl der Arztbesuche im Jahr vor dem Untersuchungstermin wurde aus den Praxisunterlagen ermittelt.

3.2.2 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK)

Krankheitsverarbeitung wurde mit dem EFK, dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Franke et al. 2000), gemessen. Der EFK ist ein standardisiertes Instrument, das krankheitsübergreifend eingesetzt wird und die Verarbeitung gegenwärtiger Erkrankungen auf emotionaler, kognitiver und behavioraler Ebene quantifiziert. Er wurde basierend auf der Analyse vorhandener deutschsprachiger *Coping*-Instrumente entwickelt und beinhaltet 45 Items. Neun Krankheitsverarbeitungsbereiche mit jeweils fünf Items wurden *a priori* festgelegt. Diese Verarbeitungsbereiche umfassen die Skalen: „Vertrauen in die ärztliche Kunst“, „Handelndes, problemorientiertes *Coping*“, „Abstand und Selbstaufbau“, „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“, „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“, „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“, „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“, „Erarbeiten eines inneren Haltes“ und „Depressive Verarbeitung“. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünf-stufigen Likertskala (0: trifft „überhaupt nicht“ zu bis 4: trifft „sehr stark“ zu). Die Skalenwerte ergeben sich als Mittelwerte der entsprechenden Items und können Werte zwischen null und vier erreichen. Zur Interpretation stehen Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Skalen von 1657 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen zur Verfügung (Jagla und Franke 2009, Jagla et al. 2009, Jagla und Franke 2010, Franke et al. 2000). Eine Normierung des Testverfahrens liegt derzeit nicht vor. Hinweise auf konvergente und diskriminative Validität ergeben sich aus korrelativen Zusammenhängen mit anderen Fragebögen, darunter dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS), einem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU) und den Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) (Jagla und Franke 2009). Die faktorenanalytische Prüfung bestätigte vier der neun *a priori* formulierten Skalen komplett („Handelndes, problemorientiertes *Coping*“, „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“, „Depressive Verarbeitung“ und „Vertrauen in die ärztliche Kunst“), bei den übrigen Skalen wichen ein bis zwei Items ab (Franke et al. 2000). Hinsichtlich der psychometrischen Güte zeigten sich in der Literatur ungünstige Werte für die Skala „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ (Jagla und Franke 2009) sowie in der vorliegenden Studie für

„Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“. In den anderen Skalen lagen moderate bis gute Reliabilitätswerte vor (siehe Tab. 2).

Tab. 2: Interne Konsistenz der EFK-Skalen
(Cronbach's α)

EFK-Skala	Somatoforme Patienten (N = 77)	Somatische Patienten (Jagla und Franke 2009) (N = 1657)
Vertrauen in die ärztliche Kunst	0,69	0,64
Handelndes, problemorientiertes <i>Coping</i>	0,83	0,80
Abstand und Selbstaufbau	0,62	0,63
Aktive Suche nach sozialer Einbindung	0,82	0,80
Bereitschaft zur Annahme von Hilfe	0,57	0,64
Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr	0,47	0,51
Informationssuche und Erfahrungsaustausch	0,75	0,79
Erarbeiten eines inneren Haltes	0,64	0,65
Depressive Verarbeitung	0,67	0,73

Gängige andere im deutschsprachigen Raum eingesetzte Selbstbeurteilungsbögen zur Erfassung von Krankheitsverarbeitung sind die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) (Klauer und Filipp 1993) und der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) (Muthny 1989). Beide Instrumente weisen z. T. bessere Reliabilitätswerte auf als der EFK (TSK Cronbach's $\alpha = 0,76-0,82$; FKV Cronbach's $\alpha = 0,68-0,94$). FKV und TSK wurden allerdings zur Untersuchung von Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen, vorwiegend Krebserkrankungen, entwickelt. Die Itemformulierungen schienen ungeeignet für Patienten mit z. T. akuten und vorübergehenden somatoformen Beschwerden. Andere, hinsichtlich der Erkrankungsschwere flexibler einsetzbare Messverfahren, sind die Berner Bewältigungsformen (BEFO) (Heim 1991). Als Interviewverfahren waren sie jedoch für die ursprünglich geplante Form der Untersuchung nicht anwendbar. Als jüngstes und noch wenig eingesetztes Instrument war daher der EFK trotz z. T. unbefriedigender Reliabilitätswerte am besten geeignet.

3.2.3 Screeningfragebogen für Somatoforme Störungen (SOMS-2)

Zur Quantifizierung von Somatisierung und zur Erfassung der Beschwerdedauer wurde der SOMS-2 (Rief et al. 1997) eingesetzt. Der Fragebogen erhebt 53 somatoforme Beschwerden der vergangenen zwei Jahre sowie Ein- und Ausschlusskriterien für somatoforme Störungen

nach ICD-10 bzw. DSM-IV. Er besteht aus 68 Items, die auf binären („ja“ versus „nein“) Antwortskalen eingestuft werden oder – wie bei der Frage nach der Beschwerdedauer – auf einer vierstufigen Ratingskala („weniger als sechs Monate Dauer“, „sechs Monate bis ein Jahr“, „ein bis zwei Jahre“, „mehr als zwei Jahre“). Nach Auszählung der entsprechenden Symptome und Kontrolle der jeweiligen Ausschlusskriterien lassen sich Somatisierungsstörungen nach ICD-10 bzw. DSM-IV, somatoforme autonome Funktionsstörungen sowie verschiedene Indizes, darunter ein Beschwerdeindex Somatisierung (alle 53 abgefragten Beschwerden gehen in den Index ein), angeben. Der standardisierte Fragebogen zeigt akzeptable bis gute Reliabilitätswerte (Cronbach's α der Indizes 0,73-0,88; Test-Retest-Reliabilität 0,85-0,87). Die Abfrage gängiger Klassifikationskriterien weist auf eine hohe Inhaltsvalidität hin, Kriteriums- und Konstruktvalidität zeigen sich durch ausreichende korrelative Zusammenhänge u. a. mit der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R), dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R) sowie mit einem strukturiertem Interview. Es wurde bestätigt, dass der SOMS anhand der Höhe der Somatisierungsindizes signifikant zwischen Somatisierungspatienten und Gesunden sowie Patienten mit Panikstörung oder Majoren Depressionen unterscheiden kann.

3.2.4 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Psychische Komorbiditäten und somatische Symptomstärke wurden mit dem PHQ-D (Löwe et al. 2002) erfasst. Der PHQ-D ist ein international in Forschung und Praxis anerkanntes standardisiertes Instrument zur Erst- bzw. Verlaufsdagnostik von psychischen Erkrankungen. Er erfragt Symptome der vergangenen zwei bis vier Wochen angelehnt an DSM-IV-Kriterien. Die Komplettversion besteht aus 78 Items, die eingeordnet sind in sieben Module und zehn andere Items. Die Module lassen sich flexibel einsetzen. In der vorliegenden Untersuchung wurden ff. Bestandteile verwendet: das Modul zu somatoformen Symptomen (auch als PHQ-15 bezeichnet), das Modul zur Depressivität, zum Paniksyndrom, zu anderen Angstsyndromen sowie zum Alkoholsyndrom. Die Antwortskalen unterscheiden sich für die jeweiligen Module und beinhalten zwei („ja“, „nein“) bis vier Antwortstufen zur Unterscheidung unterschiedlicher Schweregrade der Beeinträchtigung. Zur Auswertung werden kontinuierliche von kategorialen Skalen unterschieden. Zu den in der vorliegenden Arbeit angewendeten kategorischen Skalen zählen: „Verdacht auf Alkoholsyndrom“, „Verdacht auf Paniksyndrom“ und „Verdacht auf andere Angstsyndrome“. Kontinuierliche Skalen sind: der „Skalensummenwert Depressivität“ und der „Skalensummenwert somatische Symptome“. Zur Kategorisierung beider Summenskalen wurden *cut-off*-Werte

(„Testtrennwerte“) untersucht. Ab einem *cut-off*-Wert von 12 kann die Diagnose „Majore Depression“ mit 95-prozentiger Sensitivität und 84-prozentiger Spezifität gestellt werden (Löwe et al. 2004). Klinisch relevante Somatisierung kann anhand der Trennwerte 5, 10 und 15 in niedrige, mittlere und hohe Somatisierung unterteilt werden (Kroenke et al. 2002). Die psychometrische Güte des PHQ ist vielfach überprüft worden. Die Reliabilität zeigt gute Werte für untersuchte Module (Gräfe et al. 2004, Löwe et al. 2004, Kroenke et al. 2002). Cronbach's α in der vorliegenden Untersuchung betrug 0,78 bis 0,84 für die beiden Skalensummenwerte. Da der Fragebogen DSM-IV-Kriterien für die einzelnen Erkrankungen abfragt, kann von hoher Inhaltsvalidität ausgegangen werden. Besonders hoch wird die Validität zum Screening auf Panikstörung und Depression angegeben (Gräfe et al. 2004). Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit im PHQ detektierten psychischen Störungen stärkere funktionelle Beeinträchtigungen hatten und mehr Arztbesuche in Anspruch nahmen als Patienten ohne PHQ-Diagnosen (Gräfe et al. 2004, Kroenke et al. 2002). Das somatoforme Modul unterscheidet nicht zwischen medizinisch erklärbaren und nicht erklärbaren Körpersymptomen. Dennoch erweist es sich als valides Messinstrument zum Screening auf somatoforme Störungen (Kroenke et al. 2002).

3.2.5 Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20)

Zur Erfassung von subjektiv erlebter Belastung wurde der PSQ-20 eingesetzt (Fliege et al. 2001). Von Levenstein et al. (Levenstein et al. 1993) für englisch- und italiensprachige psychosomatische Patienten erarbeitet wurde der PSQ von Fliege et al. (Fliege et al. 2001) ins Deutsche übersetzt und weiterentwickelt. Die Faktorenanalyse der ursprünglich 30-Itemversion ergab vier Faktoren und unter Selektion der psychometrisch am besten geeigneten Items für diese Faktoren entstand der PSQ-20 (Fliege et al. 2005). Der standardisierte Fragebogen erfasst die aktuelle subjektiv erlebte Belastung im Zeitraum der vergangenen vier Wochen. 20 Items werden auf einer vierstufigen Likertskala beantwortet und können drei internalen Stressreaktionen – dazu gehören „Sorgen“, „Anspannung“ und „Freude“ – sowie einem externalen Stressor – „Anforderungen“ – zugeordnet werden. Daneben lässt sich ein Gesamtwert, der als Maß für die subjektive Belastung dient, berechnen. Die Faktoren ergeben sich aus der Berechnung des Mittelwertes der entsprechenden Items mit anschließender Lineartransformation auf Werte zwischen null und eins. Die Items, die die Skala „Freude“ bilden, werden entsprechend invertiert. Hohe Werte weisen auf eine hohe Skalenausprägung hin. Der PSQ wurde in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe normiert (Kocalevent et al. 2007) und an einer

Stichprobe u. a. aus stationär und ambulant psychosomatischen Patienten validiert (Fliege et al. 2005). Cronbach's α der Skalen und des Gesamtwertes liegt zwischen 0,77 und 0,94, die Testhalbierungsreliabilität bei 0,70 bis 0,88 (Fliege et al. 2005) (Cronbach's α der Skalen und des Gesamtwertes in der vorliegenden Arbeit: 0,85 bis 0,94). Validiert wurde der PSQ an einem WHO-Instrument zur internationalen Erfassung von Lebensqualität (WHOQOL-Bref) und an einem Messinstrument zur Erfassung von chronischen Stress (Trierer Inventar zum chronischen Stress). Es zeigten sich deutliche Korrelationen zwischen den Instrumenten. Darüber hinaus konnte der PSQ zwischen Gesunden und Kranken bzw. unterschiedlichen Erkrankungsgruppen unterscheiden. Bezüglich der Kriteriumsvalidität wurden Frauen nach einer Fehlgeburt untersucht, wobei sich höhere immunrelevante Parameter bei Frauen mit höheren Stresswerten fanden als bei solchen mit niedrigeren Werten (Fliege et al. 2005). Der PSQ kann damit insgesamt als valides und reliables Instrument zur Erfassung aktueller, subjektiv erlebter Belastung betrachtet werden.

3.2.6 Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (SF-12)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem SF-12 (Bullinger und Kirchberger 1998) quantifiziert. Als international anerkanntes und weltweit sehr häufig verwendetes, generisches Instrument erfasst diese Kurzform des ursprünglichen SF-36 zwölf Items, die auf binären („ja“, „nein“) bis sechsstufigen Antwortskalen bewertet werden. Je sechs Items bilden zwei Summenskalen: eine körperliche und eine psychische Summenskala. Die Skalen erreichen Werte zwischen null und 100. Zur Berechnung dieser werden im Handbuch Vorschriften zur Anwendung mit verschiedenen Statistikprogrammen, u. a. *SPSS Statistics*, zur Verfügung gestellt. Hohe Werte der Summenskalen repräsentieren einen guten Gesundheitszustand. Zur Auswertung der Daten stehen Vergleichswerte einer deutschen Normstichprobe sowie für normierte Patientengruppen mit verschiedenen Erkrankungen zur Verfügung. Die psychometrische Güte gilt als exzellent (Bullinger 2000): die Reliabilität des SF-36, aus dem die Skalen des SF-12 hervorgingen, ist als akzeptabel bis gut zu bewerten (Cronbach's α mehrheitlich $> 0,74$). Korrelationen mit dem *Nottingham Health Profile*, einem Fragebogen zur subjektiven Gesundheit, belegen konvergente Validität. Hinsichtlich der diskriminativen Validität überzeugt der Fragebogen in seiner Fähigkeit zwischen Patientengruppen mit unterschiedlicher Symptomschwere zu differenzieren.

3.3 Stichprobe

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von April 2010 bis Februar 2011. Zur Untersuchung kamen 96 Patienten deutscher Staatsangehörigkeit im Einzugsgebiet neun Jenaer Hausarztpraxen. Tab. 3 gibt einen Überblick über die an der Studie beteiligten Hausärzte (Durchschnittsalter: 47,3 Jahre) mit dem jeweiligen Anteil der teilgenommenen Patienten.

Tab. 3: An der Studie beteiligte Hausärzte mit Anzahl der teilgenommenen Patienten (N = 96)

Praxisnummer	Facharzt für	Alter ¹	Geschlecht	N (%)
P1	Allgemeinmedizin	51	weiblich	17 (17,7)
P2	Allgemeinmedizin	56	weiblich	24 (25,0)
P3	Innere Medizin	46	weiblich	9 (9,4)
P4	Innere Medizin	63	männlich	11 (11,5)
P5	Allgemeinmedizin	44	männlich	10 (10,4)
P6	Allgemeinmedizin	48	weiblich	15 (15,6)
P7	Allgemeinmedizin	35	männlich	5 (5,2)
P8	Allgemeinmedizin	46	weiblich	4 (4,2)
P9	Innere Medizin	37	männlich	1 (1,0)

¹zu Studienbeginn (April 2010)

Die Gesamtstichprobe setzte sich zusammen aus neun Patienten der Pilot- und 87 Patienten der Untersuchungsphase (siehe Abb. 3 und Tab. 4). Hinsichtlich der Anzahl an aktuellen bzw. Vorerkrankungen sowie der soziodemografischen Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und

Tab. 4: Soziodemografischer Vergleich von Patienten aus der Pilot- bzw. Untersuchungsphase

		Pilotphase (N = 9)	Untersuchungs- phase (N = 87)	t	p
Geschlecht (Männer:Frauen)	N %	22,2:77,8	21,8:78,2		1,0 ¹
Alter	M (SD)	42,7 (16,5)	42,3 (13,0)	0,09	0,9
	Spw	23-70	19-65		
Anzahl an Erkrankungen	M (SD)	2,1 (2,0)	1,6 (1,3)	1,11	0,3
Bildungsgrad	N %				0,4 ¹
Hauptschulabschluss		0,0	5,8		
Realschulabschluss		33,3	47,7		
Allgemeine Hochschulreife		22,2	17,4		
Abgeschlossenes Studium		33,3	16,7		
Sonstiger		11,1	2,3		

¹exakter Test nach Fisher; Spw: Spannweite

„Bildung“ unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant. Inhaltlich wichen sie dadurch voneinander ab, dass in der Pilotphase kein Anamnesegespräch durch die Doktorandin erfolgt war. Die in jenem Gespräch in der Untersuchungsphase erhobenen Daten waren in der Pilotphase jedoch von Hausärzten angegeben bzw. z. T. später aus Praxisunterlagen ergänzt worden. Der Unterschied im Prozedere erschien daher für die Fragestellung der Studie nicht ausschlaggebend zu sein und die Patienten aus der Pilotphase wurden in die Analysen einbezogen.

19 Patienten (19,8 %) der Gesamtstichprobe mussten ausgeschlossen werden. Ausschlussgründe waren: Patientenalter, aktuelle Beschwerdefreiheit, körperliche Erkrankungen, die die Beschwerden erklären oder verdecken konnten, Zustand nach Operation in den letzten vier Wochen, ausschließlich somatisch erklärbare Beschwerden im Anamnesegespräch, schwere psychische Komorbidität (z. B. Borderlinepersönlichkeitsstörung, ADHS, Essstörung, Alkoholabusus) und fehlende Fragebogenrückgabe. Ausgeschlossene Patienten waren älter ($M [SD] = 49,3 [12,6]$; $p = 0,01$) und hatten ein anderes Bildungsniveau als eingeschlossene Patienten (unter den ausgeschlossenen Patienten waren keine Abiturienten und mehr Patienten mit „sonstigen Schulabschlüssen“; $p = 0,004$). Hinsichtlich Geschlechtsverhältnissen ($p = 1,0$) und der Anzahl an aktuellen und Vorerkrankungen ($p = 0,2$) unterschieden sich die Gruppen nicht.

77 Patienten bildeten die im Folgenden als „Stichprobe“ bezeichnete Gruppe. Die soziodemografischen Eigenschaften und Basiswerte sind in Tab. 5 dargestellt.

Patienten hatten im Mittel 1,5 aktuelle oder Vorerkrankungen auf der unter 3.1.1 beschriebenen Erkrankungsliste. Patienten mit Diabetes, Schlaganfall und HIV fanden sich nicht in der Stichprobe, häufig waren jedoch Schilddrüsenerkrankungen (32,5 %), Magen-Darm-Erkrankungen (28,6 %) und Bluthochdruck (20,8 %) vorhanden (detaillierte Verteilung der Erkrankungen siehe Anhang Tab. 17). 23,4 % der Patienten waren von Hausärzten in Zusammenarbeit mit dem Praxisteam direkt zur Studie gekommen, 76,6 % durch die PC-Recherche. Die häufigsten Recherchediagnosen waren somatoforme Störungen (F45; 54,5 % der Stichprobe), gefolgt von „anderen neurotischen Störungen“ wie Neurasthenie (F48; 9,1 % der Stichprobe) (siehe Anhang Tab. 16). Patienten gaben im Mittel zwölf Beschwerden im SOMS an und zeigten insgesamt niedrige Werte im Skalensummenwert somatische Symptome (*cut-off*-Werte zur Schwereinteilung siehe Kroenke et al. 2002). Bei insgesamt 9 (11,7 %) Patienten lag eine Somatisierungsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV

Tab. 5: Soziodemografische Angaben und Basiswerte der Stichprobe

Stichprobe (N = 77)		
Alter	M (SD)	40,6 (13,0)
	Mdn	44,0
	Spw	19-64
Alter (Männer:Frauen) ¹	M (SD)	38,2:41,3
Geschlecht (Männer:Frauen)	N (%)	17:60 (22,1:77,9)
Familienstand		
Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend	N (%)	34 (44,2)
Verheiratet, getrennt lebend	N (%)	2 (2,6)
Geschieden	N (%)	7 (9,1)
Ledig	N (%)	34 (44,2)
Partnerschaft (N = 76) ²		
Mit Partner zusammen lebend	N (%)	47 (61,0)
Nicht mit Partner zusammen lebend	N (%)	29 (37,7)
Schulabschluss		
Hauptschulabschluss	N (%)	4 (5,2)
Realschulabschluss	N (%)	34 (44,2)
Allgemeine Hochschulreife	N (%)	17 (22,1)
Studium	N (%)	22 (28,6)
Berufsstand		
Berufstätig	N (%)	50 (64,9)
Arbeitslos	N (%)	4 (5,2)
in Schul-/Berufsausbildung oder Studium	N (%)	12 (15,6)
nicht berufstätig (Hausfrau/-mann)	N (%)	2 (2,6)
Sonstiges	N (%)	9 (11,7)
Somatisierung		
Beschwerdeindex Somatisierung (SOMS-2)	M (SD)	12,0 (7,9)
Skalensummenwert somatische Symptome (PHQ-15)	M (SD)	6,7 (4,4)
(N = 72) ²		
Somatisierungsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV	N (%)	9 (11,7)
(SOMS-2)		
SAD (SOMS-2) (N = 76) ²	N (%)	26 (33,8)
Beschwerdedauer (SOMS-2) (N = 72) ²		
< 6 Monate	N (%)	9 (11,7)
6 Monate bis 1 Jahr	N (%)	10 (13,0)
1-2 Jahre	N (%)	14 (18,2)
> 2 Jahre	N (%)	39 (50,6)
Psychische Komorbidität (PHQ-D) ²		
Skalensummenwert Depressivität	M (SD)	6,7 (4,7)
Alkoholsyndrom (N = 75) ²	N (%)	0 (0,0)
Lebensqualität (SF-12) (N = 75) ²		
Körperliche Summenskala	M (SD)	46,0 (8,0)
Psychische Summenskala	M (SD)	41,0 (11,3)
Anzahl der Arztbesuche (N = 75) ²	M (SD)	10,5 (6,2)
	Spw	1-32
Anzahl an Erkrankungen	M (SD)	1,5 (1,2)

¹kein signifikanter Altersunterschied im t-Test ($t = -0,9$; $df = 75$; $p = 0,4$); ²bei anderen Angaben als N = 77: fehlende Werte; Spw: Spannweite

vor. 50,6 % der Patienten gaben an, schon länger als zwei Jahre an Beschwerden zu leiden, während bei nur 11,7 % eine Beschwerdedauer von weniger als sechs Monaten vorlag. Die Einteilung in Patienten mit akuten bzw. chronischen Beschwerden orientiert sich zum einen an der Beschwerdedauer und zum anderen an der Symptomanzahl und erfolgt unter 4.3.

Die häufigsten Beschwerden waren Schmerzen (im Gastrointestinaltrakt 64,5 %; Rückenschmerzen 64,0 %; Kopf- oder Gesichtsschmerzen 54,5 %), Gastrointestinalsymptome (Völlegefühl 61,0 %, Druckgefühl, Kribbeln bzw. Unruhe im Bauch 44,7 %, Übelkeit 44,2 %), bzw. Palpitationen (42,9 %). Hausärzte wurden im Mittel 10,5-mal im Vorjahr konsultiert (Spannweite 1-32). 31,1 % der untersuchten Patienten litten an komorbiden psychischen Erkrankungen. Darunter befanden sich 13 Patienten (16,9 %) mit Angststörungen (Panikstörungen und andere Angststörungen), 7 (9,1 %) mit Majorer Depression und 4 (5,2 %) die sowohl an Angststörungen als auch an Majorer Depressionen litten (siehe Abb. 4).

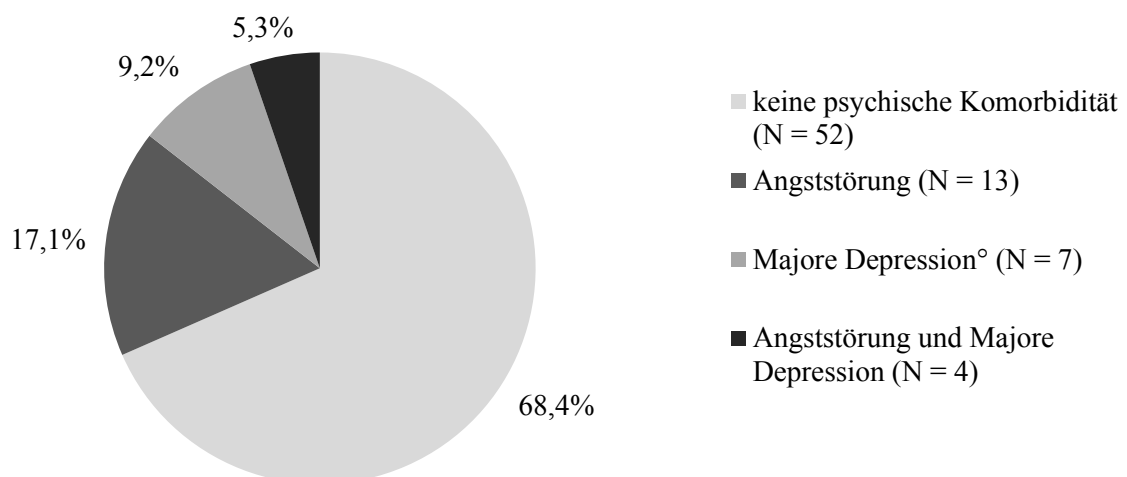


Abb. 4: Verteilung psychischer Komorbiditäten in der Stichprobe (PHQ-D)
N = 76 (Ausschluss eines Patienten mit unvollständigen Angaben); °cut-off-Wert für eine Majorer Depression im Skalensummenwert Depressivität = 12 (nach Löwe et al. 2004)

3.4 Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Programm *SPSS Statistics 20*. Nach Überprüfung der jeweiligen Voraussetzungen wurden die im ff. aufgeführten statistischen Verfahren angewendet. Es wurde davon ausgegangen, dass Ergebnisse von Ratingskalen als metrische Daten behandelt werden können (Bortz und Schuster 2010). Alle Signifikanztests wurden zweiseitig durchgeführt.

Zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden wurde der t-Test für unabhängige Stichproben genutzt. Der t-Test reagiert im Allgemeinen robust auf Verletzungen der Voraussetzungen. Zur Absicherung wurden entsprechende Ergebnisse aber mittels nicht parametrischen Verfahren (U-Test) überprüft. Zur Quantifizierung signifikanter Unterschiede wurde die standardisierte Effektgröße (δ) unter Ermittlung einer gepoolten Standardabweichung berechnet. Nach gängigen Konventionen werden Effekte wie folgt beurteilt: $\delta = 0,20$ kleiner Effekt; $\delta = 0,50$ mittlerer Effekt; $\delta = 0,80$ starker Effekt (Bortz und Schuster 2010). Der Chi-Quadrat-Vierfeldertest bzw. der exakte Test nach Fisher fand Anwendung zur Testung auf Häufigkeitsunterschiede.

Zum Test auf Einflüsse der soziodemografischen Parameter „Alter“ und „Bildung“ wurde die Stichprobe jeweils dichotomisiert. Patienten mit niedriger Schulbildung (Haupt- und Realschulabschluss, $N = 38$) wurden mit Patienten mit höherer Bildung (allgemeine Hochschulreife bzw. abgeschlossenem Studium, $N = 39$) verglichen. Alterseinflüsse wurden getestet nach Aufteilung der Stichprobe in Altersklassen mit Patienten, die jünger als 45 Jahre waren ($N = 40$) und Patienten ab dem 45. Lebensjahr ($N = 37$).

Schrittweise multiple Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um zu bestimmen, ob Krankheitsverarbeitung (EFK) und subjektive Belastung (PSQ-20) Lebensqualität (SF-12) vorhersagen konnten. Variablen wurden transformiert, um Ausreißer zu reduzieren, die z. T. vorhandene Schiefe der Verteilungen zu verringern sowie Residuenverteilungen in Richtung Homoskedastizität und Normalverteilung zu verbessern. Zur Anwendung kamen Quadratwurzeltransformationen für die Variable „Psychische Summenskala“ (SF-12) sowie die EFK-Skalen „Depressive Verarbeitung“, „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ und „Erarbeiten eines Inneren Haltes“. Die EFK-Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ war rechtsschief verteilt und wurde nach Spiegelung quadratwurzeltransformiert. Nach gängigen Effektstärkekonventionen kann der Determinationskoeffizient wie folgt eingeschätzt werden: $R^2 = 0,0196$: schwacher Effekt; $R^2 = 0,1304$: mittlerer Effekt; $R^2 = 0,2593$: starker Effekt (Bortz und Schuster 2010 nach Cohen 1988).

4 Ergebnisse

4.1 Subjektiv erlebter Stress

Im subjektiven Stresserleben zeigten Patienten mit somatoformen Beschwerden Werte im mittleren Bereich (mögliche Skalenausprägungen: 0 bis 1) (siehe Abb. 5). Ausprägungen für die Skalen Anspannung und Anforderungen waren stärker, für das Erleben von Freude weniger stark ausgeprägt. Die Skala „Sorgen“ zeigte die niedrigsten Werte. Verglichen mit Normdaten aus der deutschen Bevölkerung war der Gesamtwert der untersuchten Patienten mit somatoformen Beschwerden signifikant und deutlich höher ($t = 7,8$; $df = 1313,5$; $p < 0,001$; $\delta = 1,1$).

Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant im Stresserleben ($t = -0,1$ bis $6,0$; $df = 75$; $p = 0,6-1,0$) und Einflüsse von Bildung ($t = -0,3$ bis $-1,2$; $df = 67,2$ bzw. 75 ; $p = 0,2-0,7$) bzw. Alter ($t = 0,04$ bis $1,0$; $df = 67,1$ bzw. 75 ; $p = 0,3$ bis $1,0$) waren nicht nachweisbar.

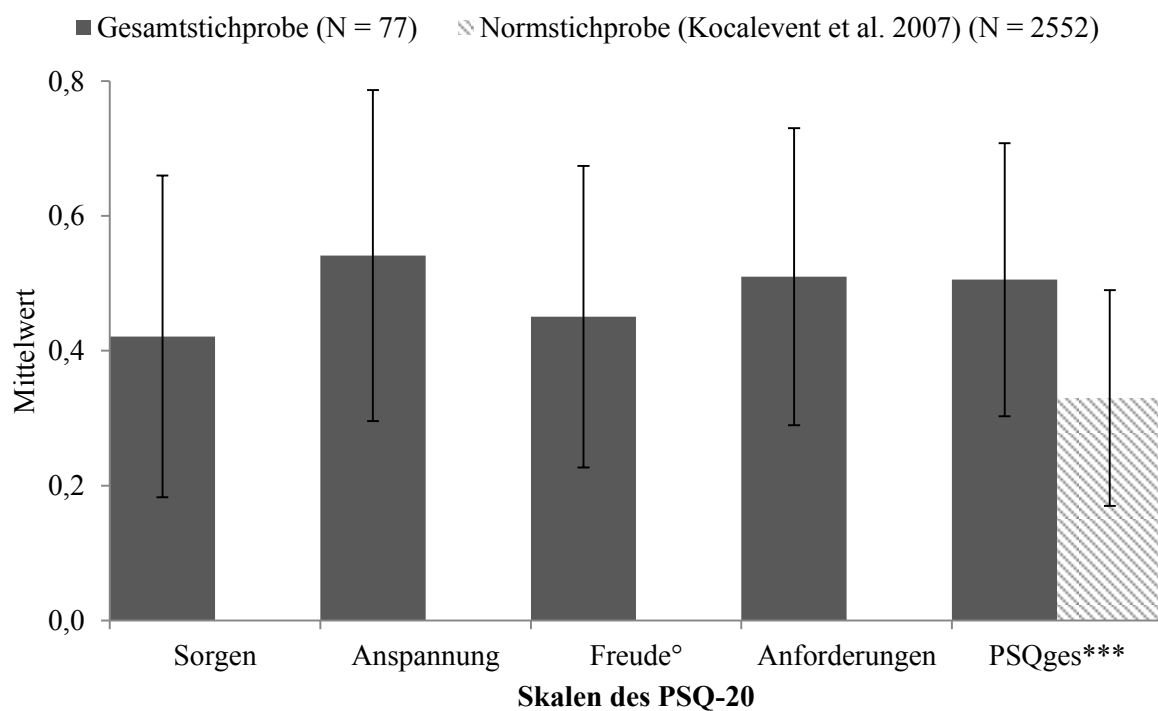


Abb. 5: Subjektives Stresserleben der Stichprobe im Vergleich mit Normdaten (M, SD); °für Gesamtwert invertiert; *** $p < .001$; PSQges: Gesamtwert

Unter Kontrolle psychischer Komorbiditäten zeigte sich die in Abb. 6 und Tab. 6 dargestellte Verteilung der Stresswerte. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten ohne psychische Komorbiditäten im Vergleich zu Patienten mit Angststörung, Majorer Depression oder beiden Komorbiditäten die geringsten Stresswerte aufwiesen und Freude am stärksten empfanden. Alle Effekte waren stark ausgeprägt. Der größte Unterschied zeigte sich in der Skala „Anspannung“, hinsichtlich Anforderungen waren Unterschiede am wenigsten ausgeprägt.

Unter Ausschluss aller Patienten mit psychischen Komorbiditäten war die mittlere Gesamtbelastung immer noch erhöht verglichen mit den Normdaten aus der deutschen Bevölkerung (Kocalevent et al. 2007) ($t = 4,0$; $df = 2602$; $p < 0,001$; $\delta = 0,6$).

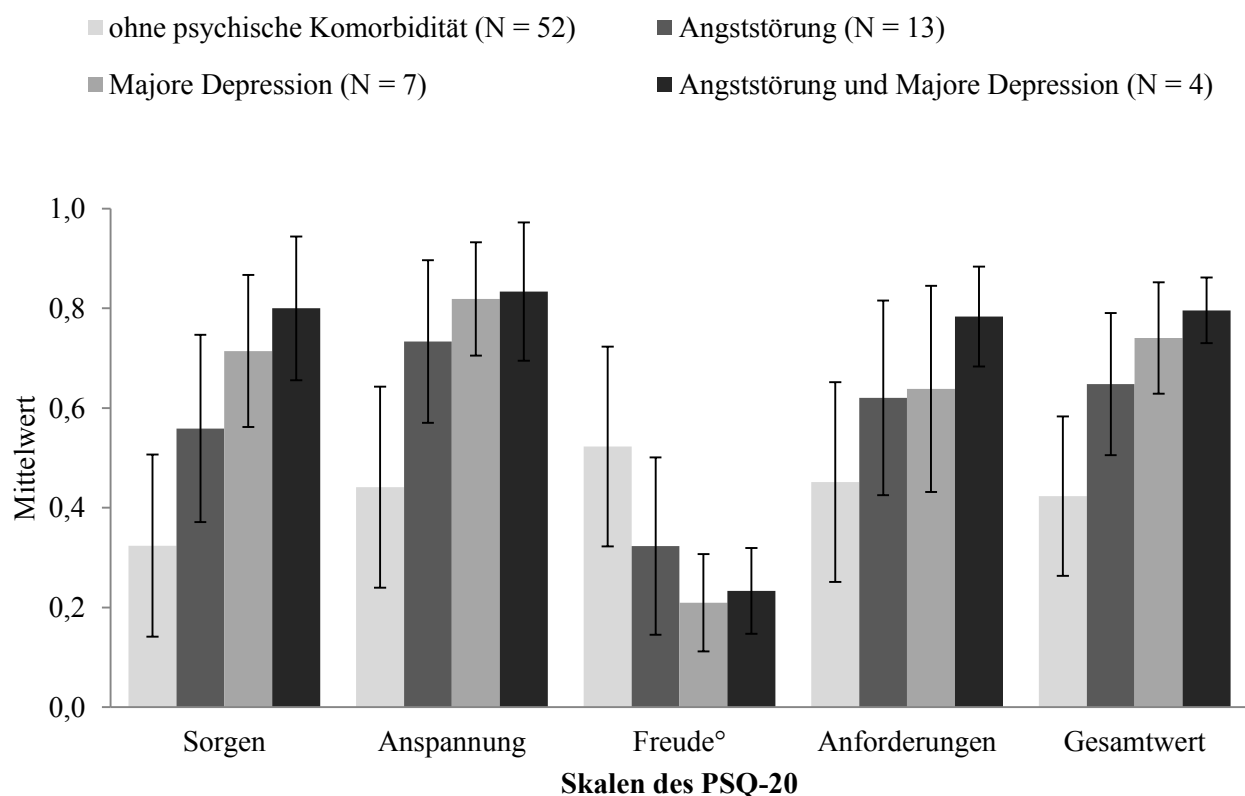


Abb. 6: Subjektives Stresserleben in Abhängigkeit von psychischer Komorbidität (M, SD); °für Gesamtwert invertiert

Tab. 6: Subjektives Stresserleben in Abhängigkeit von psychischer Komorbidität (PSQ-20; M, SD)

	Ohne psychische Komorbidität (N = 52)	Mit psychischer Komorbidität (N = 24)	t	p	δ
Sorgen	0,32 (0,18)	0,64 (0,19)	-7,0***	< 0,001	-1,7
Anspannung	0,44 (0,20)	0,78 (0,15)	-7,3***	< 0,001	-1,8
Freude	0,52 (0,20)	0,28 (0,15)	5,4***	< 0,001	1,3
Anforderungen	0,45 (0,20)	0,65 (0,19)	-4,1***	< 0,001	-1,0
Gesamtwert	0,42 (0,16)	0,70 (0,13)	-7,4***	< 0,001	-1,9

***p < .001; df = 74

4.2 Krankheitsverarbeitung

Die Mittelwerte der EFK-Skalen sind in absteigender Größe in Abb. 7 dargestellt (mögliche Skalenausprägungen: 0 bis 4). Patienten mit somatoformen Beschwerden setzten die untersuchten Krankheitsverarbeitungsbereiche mit unterschiedlicher Ausprägung ein.

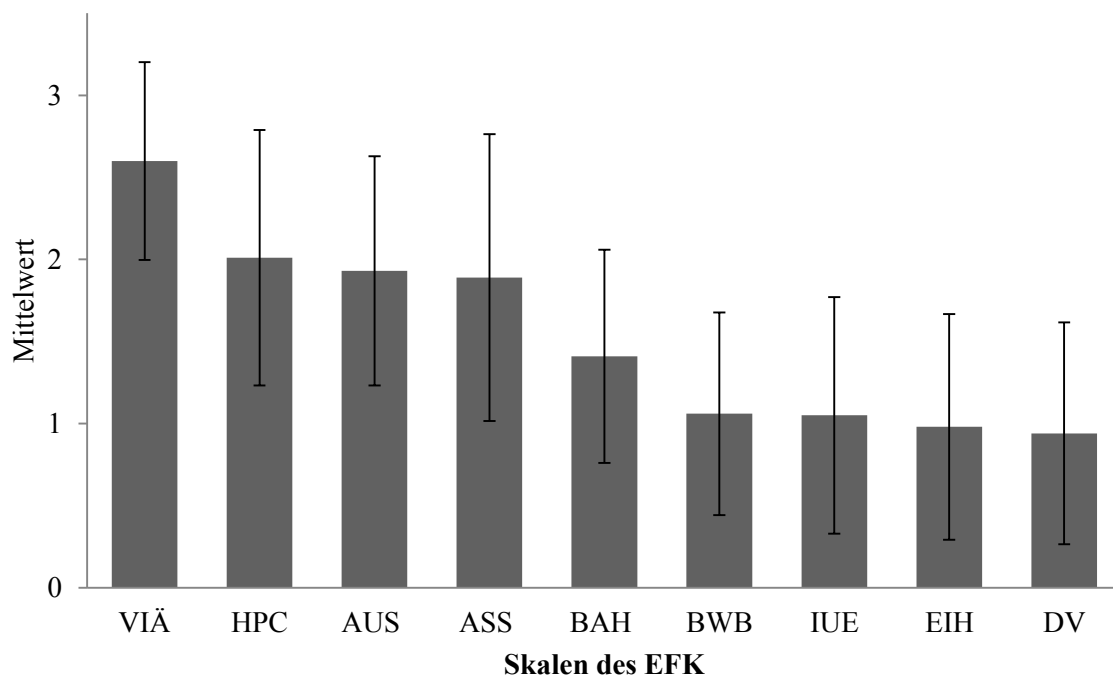


Abb. 7: Krankheitsverarbeitung der Stichprobe (M, SD; N = 77); VIÄ: Vertrauen in die ärztliche Kunst; HPC: Handelndes, problemorientiertes Coping; AUS: Abstand und Selbstaufbau; ASS: Aktive Suche nach sozialer Einbindung; BAH: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe; BWB: Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr; IUE: Informationssuche und Erfahrungsaustausch; EIH: Erarbeiten eines Inneren Haltes; DV: Depressive Verarbeitung

Mit Abstand am stärksten ausgeprägt war das Vertrauen in die ärztliche Kunst. Bei Analyse der Einzelitems der Skala (siehe Abb. 8) fiel auf, dass Patienten am stärksten Vertrauen in Ärzte angaben, während das Vertrauen in die medizinische Behandlung geringfügig schwächer bewertet wurde. Negativ formulierte Items, die Misstrauen in Ärzte, Diagnose und Behandlung abfragten, fanden wenig Zustimmung.

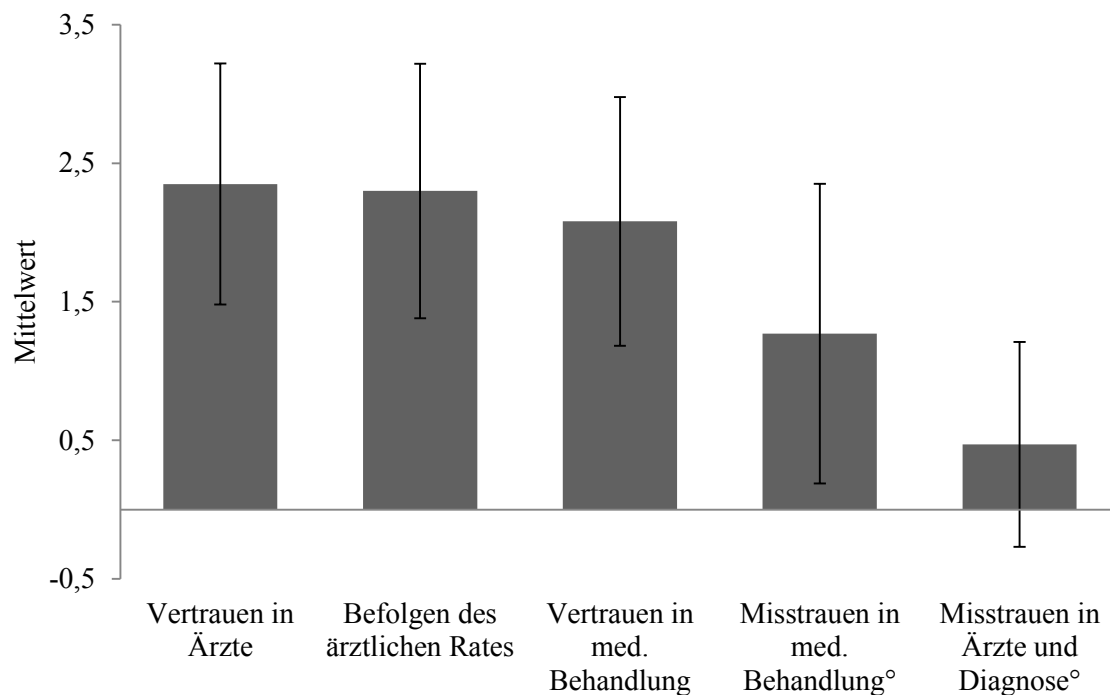


Abb. 8: Analyse der einzelnen Items der Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ (M, SD); (EFK; N = 77); °Items für Skalenwert invertiert; med.: medizinisch

Mit mittlerer Stärke wurden handelnde, problemorientierte Verarbeitungsweisen eingesetzt. Mit ungefähr gleicher Ausprägung suchten Patienten nach Selbstbestätigung, Abstand und Ablenkung (Skala „Abstand und Selbstaufbau“). Anstrengungen zur Einbindung in bestehende oder neue Sozialkontakte (Skala „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“) waren etwas geringer ausgeprägt, die Bereitschaft zur Annahme von Hilfe deutlich weniger.

Am wenigsten setzten Patienten mit somatoformen Beschwerden Strategien der depressiven Verarbeitung ein, darunter zählen Selbstmitleid, sozialer Rückzug, Grübeln und Ungeduld, Gereiztheit und Ärger. Sie zeigten wenig Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes (z. B. religiöse Praktiken, Suche nach Sinn in der Erkrankung, Suche nach innerer Stärke). Auch blendeten sie ihre Beschwerden wenig aus, neigten kaum dazu, diese herunterzuspielen und stattdessen Wunschträumen nachzuhängen (Skala „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“). Somatoforme Patienten suchten insgesamt wenig nach Informationen

zu ihrer Erkrankung u. a. im Austausch mit anderen Patienten oder in der Literatur (Skala „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“).

Geschlecht, Alter und Bildung hatten Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung: Männer suchten etwas weniger nach Informationen und Erfahrungsaustausch als Frauen mit mittelstarkem ($\delta = 0,5$) aber nicht signifikantem Effekt ($t = -1,8$; $df = 75$; $p = 0,07$). In anderen Verarbeitungsstrategien zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede ($t = -0,3$ bis $0,4$; $df = 73$ bis 75 ; $p = 0,5-1,0$). Jüngere Patienten waren eher bereit, Hilfe anzunehmen ($t = 3,1$; $df = 75$; $p = 0,003$; $\delta = 0,7$) und vertrauten weniger in die ärztliche Kunst ($t = -2,5$; $df = 71,8$; $p = 0,01$; $\delta = -0,6$) als ältere Patienten. Patienten mit geringerem Bildungsstand zeigten insgesamt weniger Bewältigungsbemühungen. Signifikante Unterschiede waren nachweisbar in den Skalen „Handelndes, problemorientiertes Coping“ ($t = -2,6$; $df = 74$; $p = 0,01$; $\delta = -0,6$), „Abstand und Selbstaufbau“ ($t = -4,3$; $df = 75$; $p < 0,001$; $\delta = -1,0$), „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ ($t = -4,8$; $df = 75$; $p < 0,001$; $\delta = -1,1$) und „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“ ($t = -2,4$; $df = 75$; $p = 0,02$; $\delta = -0,5$) mit jeweils geringeren Ausprägungen bei Patienten mit niedrigerem Bildungsgrad.

Im Vergleich von Patienten mit bzw. ohne psychischen Komorbiditäten zeigten sich nur in der Skala „Depressive Verarbeitung“ signifikante Unterschiede im t-Test (Prüfstatistik

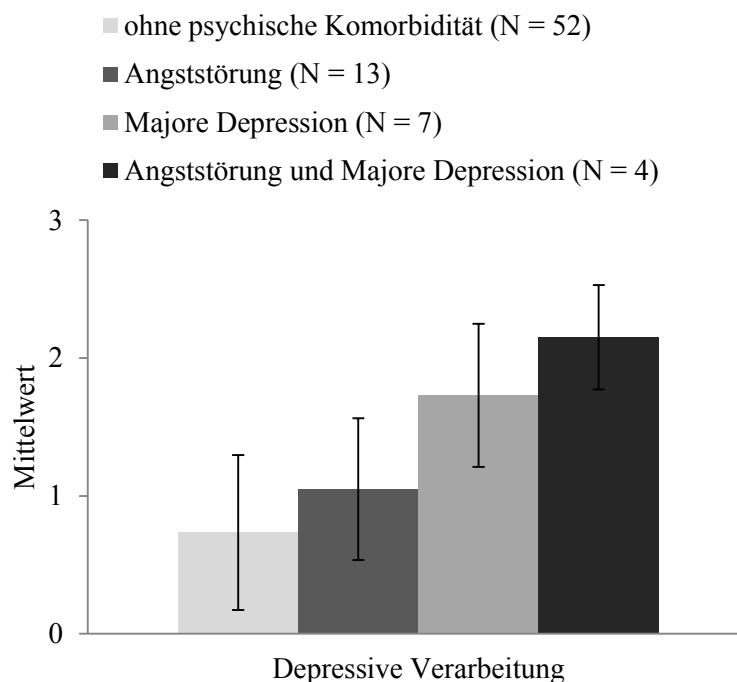


Abb. 9: Skala „Depressive Verarbeitung“ (EFK) in Abhängigkeit von psychischer Komorbidität (M, SD).

„depressive Verarbeitung“: $t = -4,8$; $df = 74$; $p < 0,001$; $\delta = -1,2$; Prüfstatistik andere EFK-Skalen: $t = -1,5$ bis $1,6$; $df = 72$ bis 74 ; $p = 0,1$ bis $0,9$). Patienten ohne psychische Komorbidität wiesen die niedrigsten Werte auf (siehe Abb. 9). Tendenziell am meisten Einsatz fanden depressive Verarbeitungsstrategien bei Patienten mit mehr als einer psychischen Komorbidität, also Angststörung und Majorer Depression. Während Patienten ohne psychischen Komorbiditäten depressive Verarbeitungsstrategien am wenigsten einsetzten, nutzen Patienten mit psychischen Komorbiditäten Strategien zum Erarbeiten eines inneren Haltes am wenigsten.

4.3 Unterschiede akut und chronisch Erkrankter

4.3.1 Unterschiede in Lebensqualität, psychischer Komorbidität und Inanspruchnahme

Die Stichprobe wurde eingeteilt in Patienten mit akuten und chronischen Beschwerden. Akute Beschwerden wurden definiert über eine Beschwerdedauer von weniger als sechs Monaten im SOMS-2 und mindestens eine Beschwerde im PHQ-15. Waren die Kriterien der Diagnose „Multisomatoforme Störung“ (MSD) (Kroenke et al. 1997) (mindestens zwei Jahre anhaltende Somatisierung mit mindestens drei aktuell stark beeinträchtigenden Beschwerden im PHQ-15) erfüllt, so wurden die Patienten der Gruppe der chronisch Erkrankten zugeordnet.

Von neun Patienten, die eine Beschwerdedauer von weniger als sechs Monaten angaben, hatten zwei keine aktuellen Beschwerden im PHQ-15 und wurden für die Analyse ausgeschlossen. Insgesamt 23 Patienten erfüllten die Kriterien für Akutpatienten ($N = 7$) bzw. MSD ($N = 16$) (siehe Tab. 7). In den soziodemografischen Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Bildungsgrad“ unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant. In der Gruppe der chronisch somatoform Erkrankten war bei 43,8 % der Patienten eine manifeste Somatisierungsstörung nach ICD-10 bzw. DSM-IV nachweisbar. Akut Erkrankte hatten weniger als halb so viele somatoforme Beschwerden wie chronisch Erkrankte im Beschwerdeindex Somatisierung. In der somatischen Symptomstärke (Skalensummenwert somatische Symptome) wiesen chronisch Erkrankte rund dreifach höhere Werte auf. Nach Kroenke et al. können die Mittelwerte für akut Erkrankte als minimale und für chronisch Erkrankte als mittlere Ausprägung von Somatisierung gewertet werden (Kroenke et al. 2002).

Tab. 7: Akut und chronisch Erkrankte im Vergleich: soziodemografische Variablen, Somatisierung, Inanspruchnahme und psychische Komorbidität

		Akut (N = 7)	Chronisch (N = 16)	t¹	p	δ
Alter	M (SD)	34,7 (13,7)	38,3 (16,7)	-0,5	0,628	-0,2
	Spw	21-57	19-64			
Geschlecht (Männer:Frauen)	N (%)	1:6 (14,3:85,7)	1:15 (6,2:93,8)		0,526 ⁴	
Schulabschluss						
Hauptschulabschluss	N (%)	1 (14,3)	0 (0,0)		0,361 ⁴	
Realschulabschluss	N (%)	3 (42,9)	6 (37,5)			
Allgemeine Hochschulreife	N (%)	1 (14,3)	7 (43,8)			
Studium	N (%)	2 (28,6)	3 (18,8)			
Somatisierung						
Beschwerdeindex Somatisierung (SOMS-2)	M (SD)	8,3 (3,3)	17,5 (9,3)	-2,5*	0,020	-1,1
Somatisierungsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV (SOMS-2)	N (%)	-	7 (43,8)			
Skalensummenwert somatische Symptome (PHQ-15)	M (SD)	3,9 (2,5)	12,0 (3,1) ³	-6,1*** ²	< 0,001	-2,8
Anzahl Arztbesuche	M (SD)	10,3 (4,3)	10,5 (6,3)	-0,1	0,936	-0,0
	Spw	4-16	4-27			
Psychische Komorbidität (PHQ-D)						
Majore Depression ⁵	N (%)	0 (0,0)	4 (25,0)		0,047 ⁴	
Angststörung	N (%)	0 (0,0)	4 (25,0)			
Angststörung und Majore Depression ⁵	N (%)	0 (0,0)	2 (12,5)			
Skalensummenwert Depressivität	M (SD)	3,9 (2,0)	10,6 (4,9)	-3,5**	0,002	-1,6

*p < .05; **p < .01; ***p < .001; ¹t-Test: df = 21, außer bei ²df = 20; ³ein Proband: unvollständige Angaben; ⁴exakter Test nach Fisher; ⁵cut-off-Wert = 12; Spw: Spannweite

Sowohl hinsichtlich psychischer Komorbiditäten als auch in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität waren chronische Erkrankte deutlich stärker beeinträchtigt als Patienten mit akuten Beschwerden. Während bei akut Erkrankten im PHQ-D keine psychischen Komorbiditäten nachweisbar waren, litten in der Gruppe der chronisch Betroffenen jeweils vier Patienten (25,0 %) an Majoren Depressionen bzw. Angststörungen. Zwei Patienten (12,5 %) litten sowohl an Angststörungen als auch an Majoren Depressionen. Im Skalensummenwert Depressivität hatten chronisch Erkrankte mehr als doppelt so hohe Werte wie akut Erkrankte. Der Unterschied blieb auch nach Ausschluss aller Patienten mit Majoren Depressionen signifikant ($t = -3,2$; $df = 15$; $p = 0,006$).

In der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigten akut Erkrankte höhere Werte sowohl auf der psychischen ($t = 2,6$; $df = 21$; $p = 0,015$) als auch auf der körperlichen Summenskala ($t = 3,7$; $df = 21$; $p = 0,001$) (siehe Abb. 10). Der Effekt war bei beiden Skalen als stark zu beurteilen (psychische Summenskala: $\delta = 1,2$; körperliche Summenskala: $\delta = 1,7$). Akut Erkrankte wiesen, verglichen mit Normdaten (Bullinger und Kirchberger 1998), gleich hohe Werte sowohl in der körperlichen ($t = 0,6$; $df = 2810$; $p > 0,5$) als auch in der psychischen

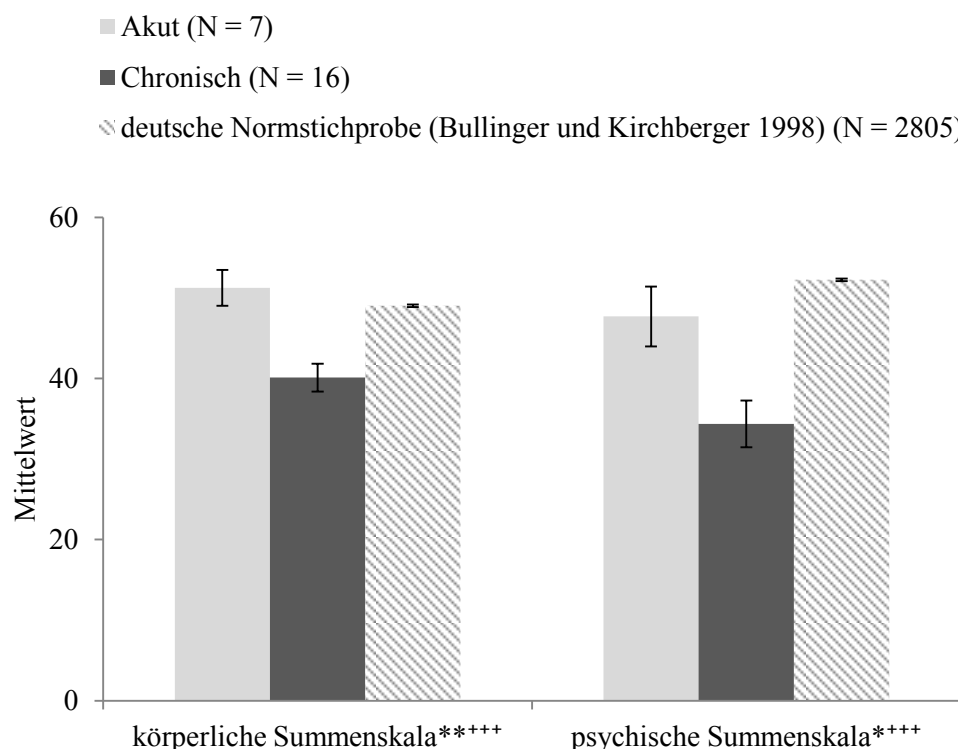


Abb. 10: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) von akut und chronisch Erkrankten im Vergleich mit Normdaten
(M, SE); * $p < .05$; ** $p < .01$ t-Test akut versus chronisch;
*** $p < .001$ t-Test chronisch versus Normstichprobe

Summenskala ($t = -1,5$; $df = 2810$; $p > 0,1$) auf wie der Durchschnitt der deutschen Bevölkerung. Chronisch Erkrankte dagegen hatten in beiden Summenskalen deutlich niedrigere Werte als die deutsche Durchschnittsbevölkerung (körperliche Summenskala: $t = -3,8$; $df = 2819$; $p < 0,001$; $\delta = -1,0$; psychische Summenskala: $t = -6,1$; $df = 1409,5$; $p < 0,0001$; $\delta = -2,2$).

Wenngleich bei chronisch Erkrankten eine größere Spannweite der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfen vorlag, unterschieden sie sich im Mittel nicht signifikant von akut Erkrankten. Beide Patientengruppen konsultierten ihre Hausärzte im Vorjahr rund 10- bis 11-mal (siehe Tab. 7)

4.3.2 Unterschiede im subjektiv erlebten Stress

Im subjektiv erlebten Stress zeigten sich auffällige Unterschiede zwischen Patienten mit akuten bzw. chronischen somatoformen Beschwerden (siehe Abb. 11). Patienten mit chronischer Somatisierung wiesen im Gesamtstresserleben und in allen internalen Stressoren deutlich mehr Belastungen auf: Sie hatten weniger Freude, litten an höherer Anspannung und hatten mehr Sorgen. Im Erleben von Freude zeigte sich der größte Unterschied ($\delta = 2,4$) und wenig schwächer war der Unterschied im Bereich Anspannung ($\delta = -2,2$). Die Skala „Freude“ beinhaltet ausschließlich positiv formulierte Items, wie „sich sicher, geschützt und voller Energie fühlen“, „leichten Herzens sein“ usw. Dagegen erfragt die Skala „Anspannung“ Erschöpfung, Unausgeglichenheit und das Fehlen körperlicher Entspannung. Im Vergleich zeigte sich bei erlebten Sorgen – die Skala beinhaltet neben Sorgen auch Items zu Zukunftsängsten und Frustrationsgefühlen – ein geringerer, wenn auch insgesamt starker Effekt ($\delta = -1,4$). Tendenziell hatten chronisch erkrankte MSD-Patienten auch mehr subjektiv empfundene externe Stressoren, d. h. Anforderungen wie Zeitmangel und Aufgabenbelastungen, zu bewältigen; der Unterschied war aber nicht signifikant und beide Gruppen wiesen im Mittel Werte über 0,4 auf.

Um Einflüsse psychischer Komorbiditäten zu kontrollieren, wurden entsprechend erkrankte Patienten ausgeschlossen. Unterschiede in den Skalen „Anspannung“ ($t = -2,4$; $df = 11$; $p = 0,03$; $\delta = -1,3$) und „Freude“ ($t = 2,7$; $df = 11$; $p = 0,02$; $\delta = 1,5$) blieben signifikant nachweisbar.

Im Vergleich mit Normdaten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung (Kocalevent et al. 2007) zeigte sich kein Unterschied im Gesamtstresserleben von Patienten mit akuten

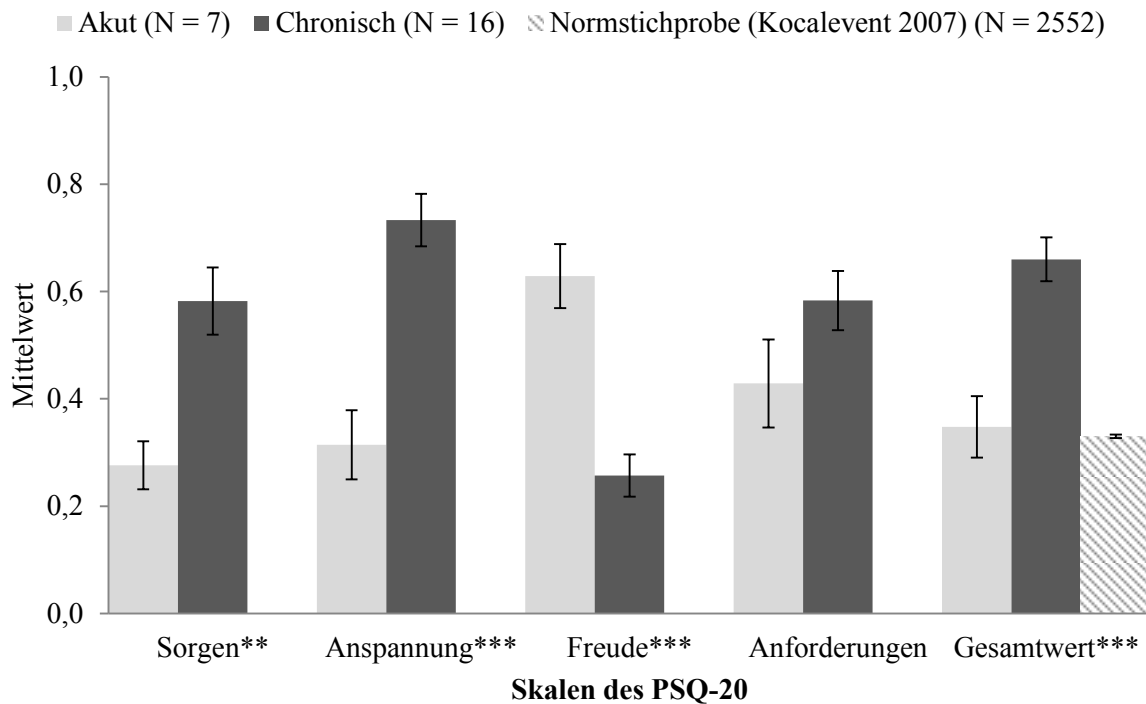


Abb. 11: Subjektiv erlebter Stress von akut und chronisch Erkrankten sowie der deutschen Allgemeinbevölkerung (M, SE); ** $p < .01$; *** $p < .001$ für t-Test akut versus chronisch Erkrankte bzw. für Gesamtwert chronisch Erkrankte versus Normstichprobe

somatoformen Beschwerden ($t = 0,33$; $df = 2557$; $p > 0,5$). Patienten mit chronischen Beschwerden wiesen dagegen doppelt so hohe Werte auf wie die Normstichprobe ($t = 8,2$; $df = 2566$; $p < 0,0001$; $\delta = 2,1$). Dieser Unterschied blieb auch nach Ausschluss aller Patienten mit psychischen Begleiterkrankungen stark ($t = 3,2$; $df = 2556$; $p < 0,002$; $\delta = 1,3$).

4.3.3 Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung

Patienten mit akuten bzw. chronischen somatoformen Beschwerden unterschieden sich in der Verarbeitung ihrer Erkrankung. Am auffälligsten war dieser Unterschied im Einsatz depressiver Verarbeitungsstrategien (siehe Abb. 12): Patienten mit chronischen Beschwerden setzten depressive Verarbeitungsstrategien deutlich stärker ein als Patienten mit akuten somatoformen Beschwerden. Während Akutpatienten die niedrigsten Skalenwerte für depressive Verarbeitungsstrategien aufwiesen – darunter zählen Aspekte wie Gereiztheit, Ärger, Neigung zu Selbstmitleid, Grübeln und sozialem Rückzug –, gehörten diese zu einer der stärker eingesetzten Verarbeitungsstrategien bei Patienten mit chronischen Beschwerden. Dieser Unterschied blieb signifikant, wenn Patienten mit Angststörungen ausgeschlossen wurden ($t = -2,8$; $df = 14,8$; $p = 0,01$; $\delta = -1,3$). Der Einfluss von Majoren Depressionen

konnte den Unterschied jedoch weitestgehend erklären – unter Ausschluss der entsprechenden Patienten war zwar immer noch ein starker Effekt nachweisbar, dieser war jedoch nicht signifikant ($t = -1,9$; $df = 15$; $p = 0,07$; $\delta = -1,0$). Wurden alle Patienten mit psychischen Komorbiditäten ausgeschlossen, so fand sich ebenfalls kein Unterschied in depressiven Verarbeitungsstrategien ($t = -1,4$; $df = 11$; $p = 0,19$; $\delta = 0,8$), allerdings war ein signifikanter Unterschied in der Skala „Erarbeiten eines inneren Haltes“ ($t = 2,6$; $df = 7,1$; $p = 0,04$; $\delta = 1,3$) nachweisbar.

Patienten mit akuten somatoformen Beschwerden zeigten tendenziell mehr Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes. Ohne Ausschluss von Patienten mit psychischen Komorbiditäten war ein starker Effekt nachweisbar ($\delta = 0,9$), der knapp signifikante Bereiche verfehlte ($p = 0,067$).

In anderen Krankheitsverarbeitungsbereichen fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Ein tendenziell starker Effekt (siehe Tab. 8) war in der Skala „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ nachweisbar. Patienten mit chronischen somatoformen Beschwerden ignorierten demnach ihre Erkrankung und deren Bedeutung bzw. Einschränkungen etwas mehr, spielten diese herunter und hingen mehr Wunschträumen nach.

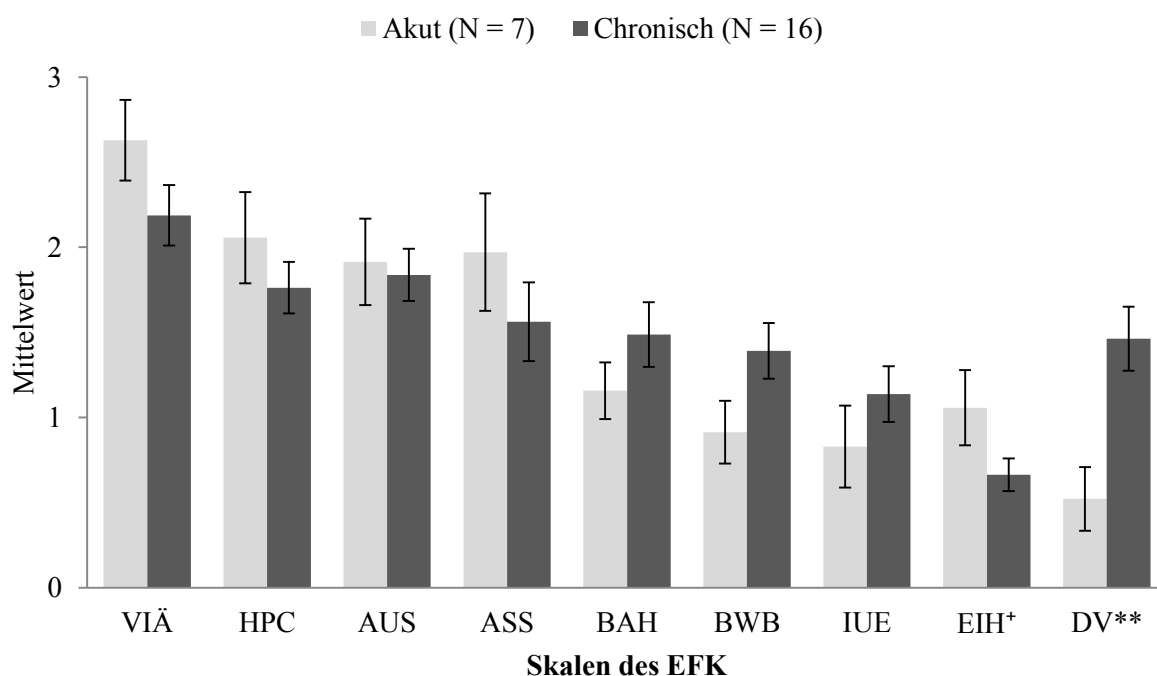


Abb. 12: Krankheitsverarbeitung akut und chronisch Erkrankter im Vergleich (M, SE); ** $p < .01$; * $p < .05$ unter Ausschluss von Patienten mit psychischen Komorbiditäten
 VIÄ: Vertrauen in die ärztliche Kunst; HPC: Handelndes, problemorientiertes *Coping*; AUS: Abstand und Selbstaufbau; ASS: Aktive Suche nach sozialer Einbindung; BAH: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe; BWB: Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr; IUE: Informationssuche und Erfahrungsaustausch; EIH: Erarbeiten eines Inneren Haltes; DV: Depressive Verarbeitung

Mittlere bis starke Effekte zeigten sich in den Skalen „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ und „Handelndes, problemorientiertes *Coping*“ mit tendenziell niedrigeren Werten für chronisch Erkrankte und tendenziell höheren Werten für selbige Erkrankungsgruppe in den Skalen „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ sowie „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“. Ein tendenziell kleiner bis mittlerer Effekt war in der Skala „aktive Suche nach sozialer Einbindung“ nachweisbar mit niedrigeren Bestrebungen bei Patienten mit chronischen somatoformen Beschwerden. In der Suche nach Selbstbestätigung, Ablenkung und Abstand (Skala „Abstand und Selbstaufbau“) unterschieden sich die Erkrankungsgruppen tendenziell nicht.

Tab. 8: Krankheitsverarbeitung von akut und chronisch Erkrankten im Vergleich (EFK; M, SD)

	Akut (N = 7)	Chronisch (N = 16)	t	p	δ
VIÄ	2,6 (0,6)	2,2 (0,7)	1,4	0,171	0,6
HPC	2,1 (0,7)	1,8 (0,6)	1,0	0,318	0,5
AUS	1,9 (0,7)	1,8 (0,6)	0,3	0,790	0,1
ASS	2,0 (0,9)	1,6 (0,9)	1,0	0,339	0,4
BAH	1,2 (0,4)	1,5 (0,8)	-1,1	0,300	-0,5
BWB	0,9 (0,5)	1,4 (0,7)	-1,7	0,100	-0,8
IUE	0,8 (0,6)	1,1 (0,7)	-1,1	0,305	-0,5
EIH	1,1 (0,6)	0,7 (0,4)	1,9	0,067	0,9
DV	0,5 (0,5)	1,5 (0,8)	-3,0**	0,007	-1,4

**p < .01; df = 21; Abkürzungen der EFK-Skalen siehe Legende Abb. 12

4.4 Zusammenhang von Lebensqualität, Stress und Krankheitsverarbeitung

Schrittweise multiple Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um zu bestimmen, ob Stress und Krankheitsverarbeitung Lebensqualität auf einer körperlichen und psychischen Dimension vorhersagen konnten. Als Prädiktoren gingen alle Krankheitsverarbeitungsbereiche des EFK sowie der Gesamtwert für subjektive Belastung in die jeweiligen Modelle ein. Die Ergebnisse sind in Tab. 9 dargestellt (Korrelationen siehe Anhang Tab. 19).

Tab. 9: Vorhersage von Lebensqualität (SF-12) durch Stress (PSQ-20) und Krankheitsverarbeitung (EFK)
(N = 74)

	Körperliche Lebensqualität				Psychische Lebensqualität		
	R ² (SE R)	ΔR ²	ΔF		R ² (SE R)	ΔR ²	ΔF
Modell 1	0,15 (7,48)	0,15	12,45***	Modell 1	0,53 (0,62)	0,53	81,75***
Modell 2 ⁺	0,20 (7,29)	0,06	4,93*	Modell 2 ⁺	0,59 (0,59)	0,06	9,56**
				Modell 3 ⁺	0,61 (0,57)	0,02	4,27*
Prädiktor [°] (Modell 2)	B	SE B	β	Prädiktor [°] (Modell 3)	B	SE B	β
Gesamtwert subjektive Belastung (PSQ-20)	-9,70	4,37	-0,24*		-2,45	0,47	-0,55***
Bereitschaft zur Annahme von Hilfe (EFK)	-	-	-		-0,51	0,25	-0,16*
Erarbeiten eines inneren Haltes (EFK)	7,51	2,53	0,32**		-	-	-
Depressive Verarbeitung (EFK)	-	-	-		-0,60	0,24	-0,27*

*p < .05; **p < .01; ***p < .001; °abgebildet sind signifikante, in die Modelle aufgenommene Prädiktoren; als Prädiktoren in allen Analysen ausgeschlossen aufgrund eines kleinen β-Gewichtes und fehlender Signifikanz: VIÄ, HPC, AUS, ASS, BWB, IUE; *Toleranz > 0,49

Körperliche Lebensqualität konnte mit mittlerer Effektstärke (zu 20 %) durch Stress und Krankheitsverarbeitung erklärt werden. Die Krankheitsverarbeitungsstrategie „Erarbeiten eines inneren Haltes“ trug 15 % zur Varianzaufklärung bei, während subjektiv erlebte Belastung nur rund 6 % der körperlichen Lebensqualität aufklärte. Der Toleranzwert zeigte keine Multikollinearität für das gefundene Modell an. Das Erarbeiten eines inneren Haltes durch u. a. religiöse und Ich-stärkende Verhaltensweisen hatte einen positiven Effekt auf gesundheitsbezogene Lebensqualität in der körperlichen Dimension, während subjektiv erlebte Belastung negativ mit körperlicher Lebensqualität assoziiert war.

Subjektiv erlebte Belastung trug auch – neben depressiven Verarbeitungsstrategien und der Bereitschaft zur Annahme von Hilfe – zur Varianzaufklärung von Lebensqualität auf der psychischen Dimension bei. Das Bestimmtheitsmaß betrug 61 %, dies entspricht einem starken Effekt. Den größten Anteil an der Varianzaufklärung hatte subjektives Belastungserleben ($\beta = -0,55$). Depressive Verarbeitung und die Bereitschaft zur Annahme von Hilfe trugen jeweils weitere 6 % bzw. 2 % bei. Die Modelle zeigten keine Hinweise auf Multikollinearität. Alle signifikanten Prädiktoren waren negativ mit gesundheitsbezogener Lebensqualität hinsichtlich psychischer Aspekte assoziiert: ein hohes Maß an Belastung, depressive Verarbeitungsstrategien und die Bereitschaft zur Annahme von Hilfe standen im Zusammenhang mit schlechter Lebensqualität hinsichtlich seelischer Aspekte.

Adjustiert an Alter, Geschlecht und Bildungsgrad ergaben sich ff. Ergebnisse (siehe S. 47 Tab. 10): Subjektiv erlebte Belastung und das Erarbeiten eines inneren Haltes blieben die stärksten Prädiktoren für körperlicher Lebensqualität und Alterseinflüsse verbesserten die Vorhersage um einen geringen Anteil (4 %). Alter war dabei negativ mit körperlicher Lebensqualität assoziiert. In der Vorhersage von psychischer Lebensqualität entfiel der Zusammenhang mit der EFK-Skala „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“. Subjektiv erlebte Belastung und depressive Verarbeitung blieben die stärksten Prädiktoren. Der Bildungsgrad trug weitere 4 % zur Varianzaufklärung bei. Höhere Bildung war demzufolge mit schlechterer gesundheitsbezogener Lebensqualität in der psychischen Dimension assoziiert.

Wurden Patienten mit psychischen Komorbiditäten ausgeschlossen, so blieb das Erarbeiten eines inneren Haltes ein signifikanter Prädiktor für körperliche Lebensqualität, subjektive Belastung zeigte keine signifikante Assoziation mehr (siehe S. 48 Tab. 11). Für psychische Lebensqualität blieb subjektiv erlebte Belastung jedoch der stärkste Prädiktor. Bildung war zu einem geringen negativen Anteil mit psychischer Lebensqualität assoziiert und depressive Verarbeitung sagte psychische Lebensqualität nicht mehr signifikant voraus.

Tab. 10: Adjustierte Vorhersage von Lebensqualität (SF-12) durch Stress (PSQ-20) und Krankheitsverarbeitung (EFK)
(N = 74)

	Körperliche Lebensqualität				Psychische Lebensqualität		
	R ² (SE R)	ΔR ²	ΔF		R ² (SE R)	ΔR ²	ΔF
Modell 1	0,15 (7,48)	0,15	12,45***	Modell 1	0,53 (0,62)	0,53	81,75***
Modell 2 ⁺	0,20 (7,29)	0,06	4,93*	Modell 2 ⁺	0,59 (0,59)	0,06	9,56**
Modell 3 ⁺	0,25 (7,14)	0,04	3,98*	Modell 3 ⁺	0,63 (0,56)	0,04	8,21**
Prädiktor [°] (Modell 3)	B	SE B	β	Prädiktor [°] (Modell 3)	B	SE B	β
Gesamtwert subjektive Belastung (PSQ-20)	-11,23	4,35	-0,28*		-2,20	0,45	-0,49***
Erarbeiten eines inneren Haltes (EFK)	7,09	2,49	0,31**		-	-	-
Depressive Verarbeitung (EFK)	-	-	-		-0,71	0,22	-0,32**
Alter	-0,13	0,06	-0,21*		-	-	-
Bildung	-	-	-		-0,37	0,13	-0,21**

*p < .05; **p < .01; ***p < .001; °abgebildet sind signifikante, in die Modelle aufgenommene Prädiktoren; als Prädiktoren in allen Analysen ausgeschlossen aufgrund eines kleinen β-Gewichtes und fehlender Signifikanz: VIÄ, HPC, AUS, ASS, BAH, BWB, IUE, Geschlecht; ⁺Toleranz > 0,50

Tab. 11: Adjustierte Vorhersage von Lebensqualität (SF-12) durch Stress (PSQ-20) und Krankheitsverarbeitung (EFK) nach Ausschluss von Patienten mit psychischen Komorbiditäten (N = 50)

	Körperliche Lebensqualität				Psychische Lebensqualität		
	R ² (SE R)	ΔR ²	ΔF		R ² (SE R)	ΔR ²	ΔF
Modell 1	0,16 (6,75)	0,16	9,34**	Modell 1	0,53 (0,55)	0,53	53,35***
				Modell 2 ⁺	0,58 (0,53)	0,05	5,54*
Prädiktor [°] (Modell 1)	B	SE B	β	Prädiktor [°] (Modell 2)	B	SE B	β
Gesamtwert subjektive Belastung (PSQ-20)	-	-	-		-3,40	0,47	-0,69***
Erarbeiten eines inneren Haltes (EFK)	8,58	2,81	0,40**		-	-	-
Bildung	-	-	-		-0,35	0,15	-0,23*

*p < .05; **p < .01; ***p < .001; °abgebildet sind signifikante, in die Modelle aufgenommene Prädiktoren; als Prädiktoren in allen Analysen ausgeschlossen aufgrund eines kleinen β-Gewichtes und fehlender Signifikanz: VIÄ, HPC, AUS, ASS, BAH, BWB, IUE, DV, Alter, Geschlecht; ⁺Toleranz = 1,0

5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Stress und Krankheitsverarbeitung bei hausärztlichen Patienten mit somatoformen Beschwerden zu untersuchen. Patienten mit akuter bzw. chronischer Somatisierung sollten verglichen werden und Zusammenhänge zwischen Stress, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität untersucht werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung diskutiert. Zunächst werden die erhobene Stichprobe und der Vergleich zwischen akut und chronisch Erkrankten kritisch betrachtet und im Anschluss erfolgt die Diskussion der Ergebnisse zu Stress und Krankheitsverarbeitung. Vorab soll vermerkt werden, dass die Methoden- und Definitionsvielfalt der Konstrukte „somatoforme Beschwerden“ und „Krankheitsverarbeitung“ Vergleichbarkeit verschiedener Studienergebnisse einschränkt.

5.1 Stichprobe

Verglichen mit anderen Erhebungen zu körperlichen Beschwerden (Haftgoli et al. 2010) bzw. MUPS (Verhaak et al. 2006) bei hausärztlichen Patienten beinhaltet die vorliegende Stichprobe mehr Frauen und jüngere Probanden mit etwas höherem Bildungsgrad (siehe Tab. 12). Das niedrigere Alter in der vorliegenden Stichprobe kann wahrscheinlich anhand der oberen Altersbegrenzung bei Einschluss der Patienten (18 bis 65 Jahre) erklärt werden, während bei Verhaak et al. und Haftgoli et al. alle Patienten über 18 Jahre eingeschlossen wurden. Frauen waren wie bei verschiedenen anderen Untersuchungen (Verhaak et al. 2006, Hiller et al. 2006, Steinbrecher et al. 2011) häufiger von somatoformen Beschwerden betroffen, in der vorliegenden Stichprobe erscheint der Frauenanteil aber etwas überproportioniert.

Tab. 12: Vergleich der soziodemografischen Stichprobenparameter mit anderen Studien

		Vorliegende Untersuchung	Verhaak et al. 2006	Haftgoli et al. 2010
Alter	M (SD)	40,6 (13,0)	56,2	55 (17,6)
Eingeschlossenes Alter		18-65	ab 18	ab 18
Geschlecht (Männer)	N %	22,1	33,6	37
Höhere Bildung (z. B. Studium)	N %	28,6	11,1	18,6

Im Vergleich mit der für schweizerische Hausarztpraxen repräsentativen Untersuchung von Haftgoli et al. fanden sich bei den untersuchten Patienten etwas höhere Raten an MSD und Angststörungen, während die Rate der depressiven Erkrankungen in etwa gleich war. Angststörungen und MSD traten im Gegensatz zur schweizerischen Studie häufiger auf als depressive Erkrankungen (Haftgoli et al. 2010). Die höhere Anzahl an Patienten mit MSD in der vorliegenden Untersuchung ist sicher damit zu erklären, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden bzw. codierter Somatisierungsstörung gezielt eingeschlossen wurden, während bei Haftgoli et al. Patienten, die sich mit somatischen Beschwerden in Hausarztpraxen einfanden, randomisiert eingeschlossen wurden. Steinbrecher et al. konnten nachweisen, dass die häufigste psychische Komorbidität undifferenzierter Somatisierungsstörungen bzw. somatoformer Schmerzstörungen Majore Depressionen waren, gefolgt von Angststörungen (Steinbrecher et al. 2011). Patienten mit Angststörungen scheinen in der vorliegenden Stichprobe daher etwas überrepräsentiert.

Während in der vorliegenden Untersuchung Schilddrüsenerkrankungen mit vorwiegend euthyreoter Stoffwechsellaage die häufigsten somatischen Begleiterkrankungen waren (32,5 %), gefolgt von Magen-Darm-Erkrankungen (28,6 %) und Hypertonie (20,8 %), zählen Hypertonie, Herzerkrankungen und Diabetes mellitus laut Angaben des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin zu den häufigsten ICD-10-Codierungen in Thüringer allgemeinmedizinischen und internistischen Hausarztpraxen (Pigeot et al. 2007). In der PRIME-MD-Studie fanden sich bei einem Patientengut in allgemeinmedizinischen Kliniken Häufigkeiten der Erkrankungen in ähnlicher Reihenfolge wie für Thüringen codiert (Hypertonie 48 %, Arthritis 23 %, Diabetes 17 %, Herzerkrankungen 15 %, Lungenerkrankungen 8 %) (Spitzer et al. 1994). Vergleichsdaten körperlicher Komorbiditäten bei Patienten mit somatoformen Beschwerden in hausärztlichen Praxen liegen laut Kenntnisstand der Verfasserin nicht vor. Es wird angenommen, dass prinzipiell ähnliche Häufigkeitsverteilungen wie in den Untersuchungen von Pigeot et al. bzw. Spitzer et al. zu erwarten sind, dass aber einige für somatoforme Erkrankungen typische Codierungen häufiger aufzufinden sind, darunter z. B. – wie in der vorliegenden Studie häufig aufgefunden – Magen-Darm-Erkrankungen (häufig codiert als „Reizdarmsyndrom“ [K58.0 bzw. K58.9] oder „funktionelle Magen- oder Darmstörung, nicht näher bezeichnet“ [K 31.9 bzw. K 59.9]). Schilddrüsenerkrankungen sind zwar bei Frauen als häufig anzunehmen (sie standen an sechster Stelle der 20 am häufigsten codierten ICD-Diagnosen in Thüringer allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen) (Pigeot et al. 2007), werden aber nicht an erster Stelle körperlicher Komorbiditäten erwartet. Es wird angenommen, dass durch das

Einschlussprozedere eine Verzerrung mit für das Patientengut nicht ganz typischen Verteilungen somatischer Komorbiditäten zustande gekommen ist.

Das Abwägen, ob körperliche Begleiterkrankungen somatoforme Beschwerden ausreichend erklären konnten, führte sowohl bei der untersuchenden Doktorandin als auch bei den beteiligten Hausärzten z. T. zu Verunsicherungen und tendenziell eher zum Ausschluss von Patienten. Ähnliche Schwierigkeiten in der Operationalisierung des Aspektes der medizinischen Nicht-Erklärbarkeit werden auch von anderen Autoren beschrieben und kritisiert (van Bokhoven et al. 2008, Kroenke et al. 2007). Die Operationalisierung dieses Kriteriums wurde in vorangegangenen Studien sehr heterogen durchgeführt. Escobar et al. ließen zwei unabhängige Experten Notizen zu Symptombeschreibungen aus einem Interview als medizinisch erklärt bzw. unerklärt bewerten (Escobar et al. 2010). Ravesteijn et al. ließen Hausärzte Sprechstundenlisten der vorangegangenen vier Wochen durchsehen und Patienten benennen, die an unerklärten Beschwerden mit mindestens drei Monate Persistenz litten (Ravesteijn et al. 2009); De Gucht et al. definierten unerklärte Beschwerden als solche, für die nach körperlicher Untersuchung, Kontrolle der Patientenakten in den Hausarztpraxen und ggf. zusätzlichen Untersuchungen keine klare Zuordnung zu einer organischen Diagnose möglich war (De Gucht et al. 2004). In der vorliegenden Studie wurden Patienten mit bekannten somatoformen Symptomen durch Hausarztpraxen bzw. PC-Recherchen gezielt rekrutiert. Nach Kontrolle von Patientenakten und Gesprächen mit Hausärzten wurden ihre Beschwerden als somatisch erklärbar, somatoform oder unklar eingestuft. Patienten die ausschließlich somatisch erklärbare Beschwerden aufwiesen, wurden ausgeschlossen. Möglicherweise führte dieses Einschlussverfahren zu einer Verzerrung der Stichprobe mit u. a. etwas mehr Frauen, mehr Patienten mit Angststörungen, höherer Bildung und anderen als den zu erwartenden Raten an körperlichen Komorbiditäten. Die Einflussfaktoren wurden in den Ergebnismbetrachtungen weitestgehend kontrolliert und unter Beachtung der beschriebenen möglichen Stichprobenverzerrung können die Ergebnisse der Studie auf Patienten mit somatoformen Beschwerden in der hausärztlichen Versorgung übertragen werden.

Escobar et al. konnten zeigen, dass mit Zunahme der Anzahl an körperlichen Beschwerden, egal ob diese erklärt waren oder nicht, die Psychopathologie und Inanspruchnahme medizinischer Hilfen stieg (Escobar et al. 2010). In der neuen DSM-V-Klassifikation ist eine Unterscheidung anhand der organischen Erklärbarkeit nicht mehr vorgesehen (American Psychiatric Association 2013). Der Aspekt der somatischen Nicht-Erklärbarkeit sollte daher

in zukünftigen Studien nicht mehr als Einschlusskriterium genutzt werden. Die gegenwärtige Forschung zu psychobehavioralen Positivkriterien könnte dafür möglicherweise gute Alternativen bieten (Voigt et al. 2012, Rief et al. 2010, Wollburg et al. 2013).

5.2 Vergleich von akut und chronisch Erkrankten

Nach ICD-10 sind wechselnde somatoforme Beschwerden bei einer Dauer von mindestens zwei Jahren als Somatisierungsstörung kategorisiert und ab einer Dauer von mehr als sechs Monaten wird von anhaltenden Schmerzstörungen gesprochen (Dilling 2011). Ab wann Chronifizierung bei somatoformen Beschwerden angenommen werden kann, ist bisher allerdings unzureichend geklärt (Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Bei Rückenschmerzen wird in der aktuellen nationalen Versorgungsleitlinie bereits ab einer Beschwerdedauer von länger als drei Monaten von chronischen Schmerzen gesprochen (Bundesärztekammer [BÄK] et al. 2011) und für die neue DSM-V-Diagnose „*Somatic Symptom Disorder*“ wird eine Beschwerdepersistenz von mindestens sechs Monaten gefordert (American Psychiatric Association 2013). Angelehnt an die ICD-10-Kriterien wurden Beschwerden in der vorliegenden Untersuchung bei einer Dauer von weniger als sechs Monaten bzw. mehr als zwei Jahren anhand der Selbstauskunft der Patienten als akut bzw. chronisch klassifiziert.

Da 50 bis 75 % der Patienten eine Verbesserung ihrer Beschwerden erleben (Hartman et al. 2009), wäre zu erwarten, dass die Anzahl der Patienten mit akuten und vorübergehenden somatoformen Symptomen in Hausarztpraxen höher ist als die Anzahl an Patienten mit chronischen Beschwerden. Smith und Dwamena gehen davon aus, dass 80 % der Patienten mit MUS lediglich an einer milden Erkrankungsausprägung mit vorübergehenden Beschwerden leiden (Smith und Dwamena 2007). In der vorliegenden Untersuchung gaben jedoch nur neun (11,7 %) der Patienten an, seit weniger als sechs Monaten und 39 (50,6 %) seit länger als zwei Jahren an Beschwerden zu leiden. Es muss angenommen werden, dass nur wenige der wahrscheinlich in Hausarztpraxen vorhandenen Akutpatienten mit dem Rekrutierungsprozedere erreicht wurden. Ursachen dafür könnten u. a. darin liegen, dass das Konzept somatoformer Störungen bisher noch eher vage ist – die Definition richtete sich v. a. auf die Nicht-Erklärbarkeit von Beschwerden und Symptomzählen (Voigt et al. 2010, Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Daher verwundert es nicht, dass entsprechende Diagnosecodierungen in der Allgemeinmedizin bisher wenig Akzeptanz und Verwendung finden. Auf die Frage, wie die an der vorliegenden Untersuchung beteiligten Hausärzte somatoforme Beschwerden codieren, gaben die meisten „somatoforme Störungen“ (F45) an

(siehe Anhang Tab. 15). In einigen Praxen wurden auch „Neurasthenie“ (F48.0), „Angststörungen/Angst und depressive Störung gemischt“ (F41.0, F41.2, F41.9) und „Zwangsstörungen“ (F42) genannt. Eine Praxis machte keine Angabe. Schaefer et al. konnten zeigen, dass nur bei 2,4 % der hausärztlichen Patienten F44- und F45-Diagnosen vergeben wurden, was die Häufigkeit der vorhandenen Symptomatik stark unterschätzt (Schaefer et al. 2010). Speziell für moderate Beschwerden gibt es keine ausreichenden Diagnosecodierungen (Schaefer et al. 2010). Hinzu kommt, dass bei akuten Beschwerden die Frage nach der nicht-Erklärbarkeit nicht sofort zu beantworten ist und dass möglicherweise erst bei chronischen und schweren Verläufen genug Sicherheit besteht, dass somatische Aspekte das Leiden der Patienten nicht ausreichend erklären können. In der vorliegenden Studie sollten akut wie auch chronisch Erkrankte durch Hausärzte direkt zur Studie eingeladen bzw. durch PC-Recherchen aufgefunden werden. Von den 18 durch Hausärzte in Pilot- und Untersuchungsphase detektierten und in der Gesamtstichprobe eingeschlossenen Patienten gaben zwei (11,1 %) an, an akuten Beschwerden zu leiden. Die PC-Recherche beinhaltete die von den Hausärzten benannten Diagnosecodierungen für somatoforme Beschwerden (siehe Anhang Tab. 15), die Suche nach F45-Diagnosen sowie nach syndromalen Codierungen (z. B. Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom) und Codierungen für häufige somatoforme Symptome. Patienten mit akuten Beschwerden kamen wie in Tab. 13 dargestellt zur Studie. Es wird angenommen, dass akute somatoforme Beschwerden häufig nicht als Diagnose codiert waren und deshalb nicht aufgefunden wurden.

Tab. 13: Rekrutierung von Patienten mit akuten somatoformen Beschwerden
(N = 7)

Rekrutierung von Patienten durch			N
Hausarztpraxis			2
PC-Recherche	F45 (somatoforme Störungen)	F45 (somatoforme Störungen)	1
		F45.4 (anhaltende Schmerzstörung)	1
		F45.9 (somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet)	2
	F48.0 (Neurasthenie)		1

Die Ergebnisse des Vergleiches von akut und chronisch Erkrankten müssen also unter der Einschränkung kleiner Fallzahlen interpretiert werden und sollten, um repräsentativere Aussagekraft zu bekommen, an einer größeren Stichprobe mit anderem Einschlussprozedere

repliziert werden. Aus den Problemen in der Rekrutierung akut Erkrankter ergeben sich die Fragen: Wie gestaltet sich das hausärztliche Management von Patienten mit akuten somatoformen Beschwerden? Wie werden akute somatoforme Beschwerden kategorisiert? Die Untersuchung dieser Fragen könnte helfen, konzeptionelle Verbesserungen des Konstrukts aber auch Verbesserung in der Versorgung und Früherkennung somatoformer Erkrankungen zu erlangen und Ressourcen bzw. mögliche Defizite im Management aufzudecken. Für zukünftige Untersuchungen könnte ein anderes Aufnahme-prozedere möglicherweise mehr Patienten für die Gruppe akut Erkrankter liefern. Wie unter 5.1 erläutert, sollte die organische Nicht-Erklärbarkeit nicht mehr als Einschlusskriterium dienen. Denkbar wäre, sämtliche Patienten, die sich mit Körperbeschwerden in Hausarztpraxen einfinden wie bei Haftgoli et al. (Haftgoli et al. 2010) in die Studienuntersuchungen aufzunehmen. Dabei sollten, wie unter 5.1 geschildert, psychobehaviorale Positivkriterien mitberücksichtigt werden.

Nachdem bisher methodische Aspekte des Vergleiches von akut und chronisch Erkrankten diskutiert wurden, betrachtet der nächste Abschnitt die Ergebnisse zu Somatisierung, Lebensqualität und psychischer Komorbidität. Die Betrachtung von Stress und Krankheitsverarbeitung beider Gruppen erfolgt unter 5.3 und 5.4.

Im Vergleich von Patienten mit akuten bzw. chronischen somatoformen Beschwerden fand sich kein Unterschied in der Inanspruchnahme hausärztlicher Hilfen. Insgesamt waren chronisch Erkrankte allerdings deutlich stärker beeinträchtigt als akut Erkrankte hinsichtlich psychischer Komorbiditäten, Lebensqualität und Somatisierung. Chronisch Erkrankte hatten erheblich höhere Werte in der somatischen Symptomstärke (PHQ-15). Verschiedene Autoren konnten zeigen, dass mit Zunahme dieser Symptomstärke die Anzahl an psychischen Komorbiditäten stieg (Steinbrecher et al. 2011, Escobar et al. 2010) und die Lebensqualität abnahm (Kroenke et al. 2002). Somatische Symptomstärke war mehrfach auch positiv mit der Anzahl an Arztbesuchen assoziiert (Kroenke et al. 2002, Escobar et al. 2010). Während die Ergebnisse mit erhöhter psychischer Komorbidität und niedrigerer Lebensqualität in der chronischen Gruppe konform sind, konnte eine Assoziation zwischen Symptomstärke und erhöhter Inanspruchnahme bei chronisch Erkrankten nicht gefunden werden. Verhaak et al. wiesen für Patienten mit MUPS aber generell ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich medizinischer Hilfen nach (Verhaak et al. 2006). In deutschen Hausarztpraxen wurde eine durchschnittliche Frequenz von 7,3 Arztbesuchen pro Patient pro Jahr ermittelt (Hauswaldt et al. 2012). Patienten mit somatoformen Beschwerden nahmen im Jahr vor

Studienaufnahme 10- bis 11-mal hausärztliche Hilfen in Anspruch. Insgesamt kann demnach sowohl bei akut als auch bei chronisch Erkrankten ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten angenommen werden. Fink et al. berichten – ähnlich wie in der vorliegenden Studie –, dass mit einer erhöhten Beschwerdedauer auch eine erhöhte Anzahl an Beschwerden vorlag. Allerdings beschreiben die Autoren diesen Zusammenhang nur für die ersten sechs Monate (Fink et al. 2007). Smith und Dwamena betrachten Patienten mit MUS anhand von Beschwerdedauer, -schwere und Komorbidität auf einem Spektrum einer milden bis sehr schweren Ausprägung. Nach der von jenen Autoren vorgeschlagenen Einteilung können die in der vorliegenden Studie untersuchten Patienten mit akuten Beschwerden als moderat, die chronisch Erkrankten als schwer erkrankt eingestuft werden (Smith und Dwamena 2007).

5.3 Subjektiv erlebter Stress

Es konnte gezeigt werden, dass sich Patienten mit somatoformen Beschwerden subjektiv stark belastet fühlten. Psychische Komorbiditäten wie Panikstörungen, andere Angststörungen und Depressionen verstärkten erlebten Stress. Diese Ergebnisse überraschen nicht und decken sich mit ähnlichen Untersuchungen in der hausärztlichen Versorgung. Dirkzwager und Verhaak wiesen für Patienten mit MUPS im Vergleich zu Gesunden erhöhte psychische Belastungen nach (gemessen mittels GHQ-12) (Dirkzwager und Verhaak 2007). Haftgoli et al. maßen die Anzahl psychosozialer Stressoren und zeigten, dass mit höherer Stressbelastung, das Risiko, an einer psychischen Erkrankungen zu leiden, – darunter multisomatoforme Störungen, Angststörungen und Depressionen – deutlich stieg (Haftgoli et al. 2010).

Interessant ist, dass Akutpatienten im Vergleich zum deutschen Durchschnitt keine Erhöhung der Gesamtbelastung zeigten, während chronisch Erkrankte auch unabhängig von psychischen Komorbiditäten ausgeprägt höhere Werte aufwiesen. Die größten Unterschiede fanden sich im Erleben von Anspannung und Freude. Anforderungen erlebten beide Gruppen subjektiv als hoch. Fliege et al. wiesen für Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im Vergleich mit andersartig Erkrankten (darunter u. a. Patienten mit Tinnitus, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Fehlgeburt) die höchsten Werte für subjektive Belastung (erfasst mittels PSQ) nach. Anspannung war in jener Stichprobe wie in der Gruppe der chronisch somatoform Erkrankten besonders stark und Freude besonders wenig ausgeprägt (Fliege et al. 2005). Die in der vorliegenden Studie untersuchten Patienten mit chronischen somatoformen Beschwerden hatten gleich starke, beim Mangel an Freude sogar stärkere Ausprägungen wie die bei Fliege et al. untersuchte ambulant-psychosomatische Stichprobe (siehe Tab. 14). Diese

Ergebnisse belegen, dass Patienten mit chronischen somatoformen Beschwerden subjektiv ausgesprochen stark Stress erleben. Anspannung scheint darunter am stärksten, Freude am geringsten ausgeprägt zu sein. Niedrige Werte im Erleben von Freude bei chronisch Erkrankten sind in der Zusammenschau der Beeinträchtigungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Belastung mit psychischen Komorbiditäten und Somatisierung zu erwarten. Nicht im Erleben, aber im Ausdruck von Freude wiesen auch Bernardy und Kirsch eine niedrigere Aktivität bei Fibromyalgiepatienten nach (Bernardy und Kirsch 2005). Höheres Erleben von Anspannung beschrieben auch Rief et al. hinsichtlich physiologischer Parameter und emotionaler Selbsteinschätzung bei Patienten mit Somatisierungsstörung (Rief et al. 1998). In mentalen Stresssituationen zeigten jene Patienten höhere Herzfrequenzen und schätzten sich selbst als angespannter ein als Kontrollpersonen. Auch habituierten sie im Gegensatz zur Kontrollgruppe nicht an die experimentelle Stresssituation. Die Autoren vermuteten den Grund für den erhöhten psychophysiologischen Arousal in der Selbsteinschätzung der Patienten, schwach und nicht stressresistent zu sein.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich Patienten mit somatoformen Beschwerden insgesamt als subjektiv belastet fühlen, besonders stark betroffen scheinen Patienten mit chronischen Beschwerden. Anspannung und Mangel an Freude sind am stärksten ausgeprägt.

Tab. 14: Subjektives Stresserleben chronisch somatoform Erkrankter verglichen mit ambulanten, psychosomatischen Patienten (PSQ-20; M, SD)

	Chronisch somatoform Erkrankte (N = 16)	Psychosomatische Patienten (Fliege et al. 2005)² (N = 559)	t	p
Sorgen	0,58 (0,25)	0,60 (0,27)	-0,3	> 0,50
Anspannung	0,73 (0,20)	0,66 (0,23)	1,2	> 0,20
Freude ¹	0,26 (0,16)	0,37 (0,21)	-2,1*	< 0,05
Anforderungen	0,58 (0,22)	0,47 (0,25)	1,7	> 0,05
Gesamtwert	0,66 (0,16)	0,59 (0,19)	1,5	> 0,10

* $p < .05$; ¹für Gesamtwert invertiert; ²soziodemografische Angaben: Alter M (SD): 37,8 (15,3), Spannweite: 18-72; 36,1 % Männer; Alterseffekte sind für den PSQ-20 beschrieben, jedoch keine Geschlechtseffekte (Fliege et al. 2005); t-Test zum Ausschluss von Alterseffekten (Patienten mit chronischen Beschwerden verglichen mit psychosomatischen Patienten): $t = 0,1$; $p > 0,5$: keine Alterseffekte im vorliegenden Stichprobenvergleich

5.4 Krankheitsverarbeitung

Zur Erfassung von Krankheitsverarbeitung wurde der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung eingesetzt. Wie unter 3.2.2 erläutert, war der Fragebogen ausgewählt worden, weil die Items auch für leichter Erkrankte – wie im Fall von Patienten mit akuten somatoformen Beschwerden – geeignet schienen. Reliabilitätswerte in der vorliegenden Untersuchung waren ungünstig in den Skalen „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ und „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ (Cronbach's $\alpha = 0,47$ bis $0,57$). In allen anderen Skalen zeigten sich moderate Werte (Cronbach's $\alpha = 0,62$ bis $0,83$). Die Ergebnisse müssen unter diesen z. T. vorhandenen Messungenauigkeiten interpretiert werden.

Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit somatoformen Störungen am stärksten Vertrauen in die ärztliche Kunst zeigten. Wenig Einsatz fanden depressive Verarbeitungsstrategien und das Erarbeiten eines inneren Haltes. Jagla und Franke beschreiben ähnliche Verteilungsmuster aus Untersuchungen von Patienten mit verschiedenen somatischen Erkrankungen, darunter nephrologische, ophthalmologische, internistische, neurologische, orthopädische, gynäkologische u. a. (Jagla und Franke 2010). In Abb. 13 werden Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studie mit Ergebnissen der somatischen Stichprobe von Jagla und Franke verglichen (soziodemografische Angaben und Zusammensetzung der somatischen Vergleichsstichprobe siehe Anhang Tab. 18 und Abb. 15). Vertrauen in die ärztliche Kunst wurde von allen untersuchten Patienten am stärksten eingesetzt, während depressive Verarbeitungsstrategien am wenigsten genutzt wurden. Interessant ist, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden etwas mehr Vertrauen in die ärztliche Kunst zeigten als somatisch Erkrankte, der Effekt war jedoch gering ($\delta = 0,2$). Depressive Verarbeitungsstrategien setzten somatoform Erkrankte nur unter Berücksichtigung von psychischen Begleiterkrankungen signifikant stärker ein. Die stärksten Unterschiede zwischen somatisch und somatoform Erkrankten ($\delta = 0,4$) fanden sich in den Skalen „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ und „Erarbeiten eines inneren Haltes“ mit jeweils niedrigeren Werten bei somatoform Erkrankten. Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes waren bei somatisch Erkrankten im Vergleich mit anderen Bewältigungsstrategien etwas stärker ausgeprägt als bei somatoform Erkrankten. Mit Ausnahme der Bereiche „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ und „depressive Verarbeitung“ zeigten somatoform Erkrankte generell weniger Bewältigungsbemühungen als somatisch Erkrankte. Vingerhoets und Van Heck beschreiben, dass Menschen, die unter hohem Stress

stehen im transaktionalen Verständnis definitionsgemäß in ihren Bewältigungsbemühungen eingeschränkt sind (Vingerhoets und Van Heck 1990). Möglicherweise trifft dies auch für die untersuchten somatoform erkrankten Patienten zu.

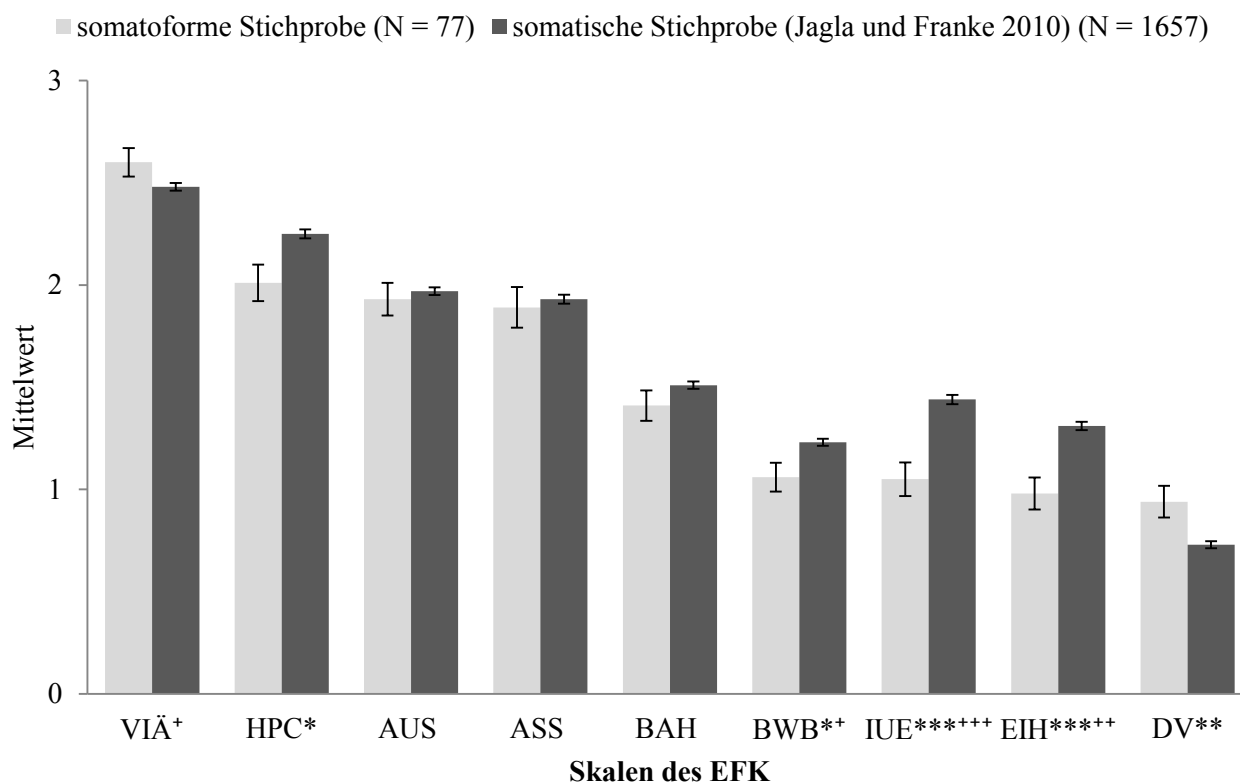


Abb. 13: Krankheitsverarbeitung somatoform und somatisch Erkrankter im Vergleich (M, SE); * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

unter Ausschluss von Patienten mit psychischen Komorbiditäten: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$
 VIÄ: Vertrauen in die ärztliche Kunst; HPC: Handelndes, problemorientiertes *Coping*; AUS: Abstand und Selbstaufbau; ASS: Aktive Suche nach sozialer Einbindung; BAH: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe; BWB: Bagatellisierung, Wunschenken und Bedrohungsabwehr; IUE: Informationssuche und Erfahrungsaustausch; EIH: Erarbeiten eines Inneren Haltes; DV: Depressive Verarbeitung

Das hohe Vertrauen in die ärztliche Kunst bei Patienten mit somatoformen Beschwerden in der vorliegenden Studie überrascht. Schwierige Arzt-Patienten-Beziehungen, Forderungen nach Diagnostik und therapeutischen Interventionen von Patientenseite und Unzufriedenheit auf ärztlicher und Patientenseite werden häufig im Zusammenhang mit somatoformen Beschwerden berichtet (Salmon 2007, Steinmetz und Tabenkin 2001). Ein Patient mit seit mindestens drei Jahren anhaltenden kolikartigen Abdominalschmerzen ohne organischem Korrelat und rezidivierenden z. T. invasiven gastroenterologischen Untersuchungen äußerte im Anamnesegespräch beispielhaft: „Ich traue den Ärzten nicht mehr und meinem Körper“. Chronische Patienten zeigten tendenziell weniger Vertrauen in die ärztliche Kunst, der

Unterschied war aber nicht signifikant nachweisbar. Patienten mit manifester Somatisierungsstörung als am schwersten Erkrankte (Smith und Dwamena 2007) hatten tendenziell die niedrigsten Werte in der Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ (siehe Abb. 14) ($F = 1,9$; $df = 2$ und 22 ; $p = 0,17$). Es lässt sich also vermuten, dass mit Chronifizierung und zunehmender Schwere der Erkrankung das Vertrauen sinkt.

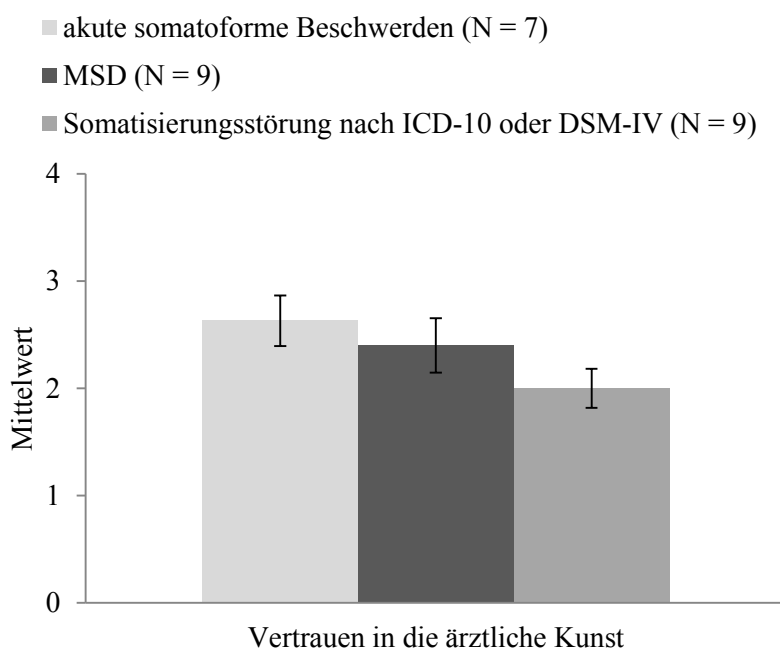


Abb. 14: Bewertung der Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ (EFK) in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere (M, SE).

Insgesamt war jedoch auch bei Patienten mit chronischer Somatisierung das Vertrauen in die ärztliche Kunst eine der am stärksten ausgeprägten Krankheitsverarbeitungsstrategien. Ältere Patienten hatten das größte Vertrauen. Am meisten vertrauten Patienten in den Arzt, etwas weniger stark in die Behandlung. Dirkzwager und Veerhaak beschrieben ähnliche Ergebnisse bei der Untersuchung von hausärztlichen Patienten (Dirkzwager und Verhaak 2007). Die Mehrheit der Patienten mit MUPS zeigte sich zufrieden mit der ärztlichen Versorgung und im Vergleich mit Patienten ohne MUPS fanden sich keine Unterschiede im Vertrauen in Hausärzte und in die Gesundheitsversorgung allgemein. Lediglich mit der Qualität hausärztlicher Versorgung zeigten sich Patienten mit MUPS unzufriedener. Unzufriedenheit gaben die Patienten u. a. darin an, dass sie sich von Hausärzten nicht ausreichend ernst genommen fühlten, unzureichend in Entscheidungen einbezogen wurden, das Gefühl hatten, Hausärzte nähmen sich zu wenig Zeit für sie. Möglicherweise spiegelt die Erfassung von

Vertrauen in die ärztliche Kunst daher nicht die häufig beschriebenen Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung somatoform Erkrankter wieder. Vielleicht bewerteten die Patienten „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ idealisierend. Für chronische Schmerzpatienten ist bekannt, dass sie Behandler in der Betreuung anfänglich idealisieren, was aber später in Ablehnung umschlägt (Franz et al. 2011). Vielleicht ist Vertrauen in Ärzte und die medizinische Behandlung bei somatoform Erkrankten aber tatsächlich hoch und entwickelt sich erst durch ungünstige Arzt-Patienteninteraktionen im fortgeschrittenen Chronifizierungsprozess zu stärkerem Misstrauen (Salmon 2007). In der ICD-10-Klassifikation werden für Somatisierungsstörungen wiederholte Diagnoseüberprüfungen gefordert (Dilling 2011) – Patienten bewerteten diesen Aspekt mit dem Item „Ich misstrau den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen“ ausgesprochen niedrig (siehe „Misstrauen in Ärzte und Diagnose“ Abb. 8). In der gegenwärtigen Debatte um neue Klassifikationskriterien für somatoforme Störungen spielt Misstrauen als Kriterium eine untergeordnete Rolle, stattdessen werden andere psychobehaviorale Aspekte, die die Patienten charakterisieren, diskutiert (Wollburg et al. 2013, Voigt et al. 2012). Mit „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ als am stärksten eingesetzte Krankheitsverarbeitungsstrategie scheint der Arzt-Patienten-Beziehung damit in der Betreuung der Patienten eine besondere Rolle zu zukommen. Gut bekannt ist, wie ungünstige Interaktionen zwischen Arzt und Patient zur iatrogenen Beschwerdeverstärkung führen können (Salmon 2007, Henningsen et al. 2007). Andererseits kann der Aufbau einer vertrauensvollen Behandler-Patienten-Beziehung Betroffenen in der Bewältigung ihrer Beschwerden unterstützen (Gottschalk und Rief 2012).

Bei Patienten mit psychischen Komorbiditäten, darunter Angststörungen und Depressionen, waren in den vorliegenden Untersuchungen depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien erwartungsgemäß erhöht. Unterschiede zu Patienten ohne psychische Erkrankungen fanden sich in keinen anderen Krankheitsverarbeitungsstrategien. Ähnliches beschrieben auch Husser et al. bei der Untersuchung von Patienten mit nicht-kardialen Thoraxschmerz. Patienten, die zusätzlich an Angststörungen, Depressionen oder Somatisierung litten, zeigten eine erhöhte Grübelneigung (Skala „Rumination“ gemessen mittels TSK). Andere Auffälligkeiten im Krankheitsverhaltensverhalten bei Patienten mit psychischen Komorbiditäten wurden nicht detektiert (Husser et al. 2006).

Im Vergleich von Patienten mit akuten bzw. chronischen somatoformen Beschwerden zeigten chronisch Erkrankte mehr depressive Verarbeitung und unter Kontrolle von psychischen Begleiterkrankungen weniger Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes, d. h.

weniger religiöses *Coping*, Sinnsuche, und Anstrengungen, die eigene Stärke wieder zu finden. Untersuchungen an Patienten mit spezifischen, dem somatoformen Spektrum zuordenbaren Erkrankungen (Hausteiner-Wiehle et al. 2012) und unterschiedlichen Schweregraden der Erkrankungen zeigen heterogene Ergebnisse. Testa et al. beschreiben ähnlich wie in der vorliegenden Untersuchung, dass Patienten, die an psychogenen Anfällen litten und eine hohe Stressbelastung angaben, weniger ich-stärkendes *Coping* („*personal growth*“ gemessen mittels COPE) nutzten als Patienten mit geringeren Stressangaben (Testa et al. 2012). Rollnik et al. untersuchten Krankheitsverarbeitung (gemessen mittels FKV) bei Patienten mit episodischem bzw. chronischem Spannungskopfschmerz im Vergleich. Patienten mit chronischem Spannungskopfschmerz zeigten im Gegensatz zu vergleichbaren Ergebnissen der vorliegenden Studie mehr religiöses *Coping* bzw. Sinnsuche als Patienten mit episodischem Kopfschmerz. Auch nutzten chronische Kopfschmerzpatienten mehr verleugnendes Verhalten bzw. Wunschdenken (Rollnik et al. 2001). Im Bereich „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ zeigten sich in der vorliegenden Studie keine signifikanten Unterschiede.

Wenngleich in der Literatur heterogene Ergebnisse bezüglich der Bewältigungsstrategien „inneres Wachstum“ bzw. „Erarbeiten eines inneren Haltes“ vorlagen, sind niedrige Werte für das Erarbeiten eines inneren Haltes vereinbar mit aktuellen Forschungen zu psychobehavioralen Faktoren somatoformer Erkrankungen. Es konnte gezeigt werden, dass ein Selbstkonzept, schwach zu sein, also die Überzeugung, vor allem körperlichen aber auch seelischen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, mit somatoformen Symptomen und eingeschränkter Funktionalität assoziiert war (Rief et al. 2010, Wollburg et al. 2013).

In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden Strategien zum Erarbeiten eines inneren Haltes sehr wenig einsetzten, chronisch Erkrankte zeigten die geringsten Tendenzen. Patienten mit psychischen Komorbiditäten setzten verstärkt depressive Verarbeitungsstrategien ein. Wahrscheinlich tragen der Mangel an Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes und depressive Verarbeitungsstrategien also zur Chronifizierung der Beschwerden bei. Dieser Aspekt sollte in zukünftigen Verlaufsstudien untersucht werden. Für den Vergleich akut bzw. chronisch Erkrankter lagen kleine Fallzahlen vor – um repräsentativere Aussagen treffen zu können, sollten die Ergebnisse wie unter 5.2 beschrieben repliziert werden. In der vorliegenden Studie konnten die wahrscheinlich auffälligsten Unterschiede im Krankheitsverhaltensverhalten akut bzw. chronisch Erkrankter detektiert werden.

5.5 Zusammenhang von Lebensqualität, Stress und Krankheitsverarbeitung

Fliege et al. erwarteten Überlagerungen des PSQ-20 mit Verfahren zur Erfassung von *Coping* (Fliege et al. 2001). Subjektiv erlebter Stress (Gesamtwert des PSQ-20) korrelierte nur gering mit den meisten EFK-Skalen ($r_{\text{Pearson}} = -0,26$ bis $0,37$; siehe Tab. 19), außer mit der Skala „Depressive Verarbeitung“ ($r_{\text{Pearson}} = 0,69$). In den durchgeführten Regressionsanalysen trugen sowohl Krankheitsverarbeitungsstrategien als auch subjektiv erlebter Stress anteilig zur Aufklärung von Lebensqualität bei. Insgesamt fand sich in der vorliegenden Untersuchung damit eine gewisse Konfundierung beider Messverfahren, aber Krankheitsverarbeitung und subjektiv erlebter Stress erfassten zum überwiegenden Anteil auch unterschiedliche Inhalte.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes und subjektiv erlebte Belastung am stärksten mit Lebensqualität assoziiert waren. Bei Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen konnte depressive Verarbeitung zusätzlich verschlechterte seelische Lebensqualität vorhersagen.

Zu Assoziationen zwischen Stress, *Coping* und dem Gesundheitszustand bei somatoformen Beschwerden finden sich in der Literatur verschiedene Ergebnisse. Der gefundene Zusammenhang zwischen Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes und körperlicher Lebensqualität wird gestützt durch Ergebnisse von Voigt et al. Die Autoren konnten zeigen, dass Verbesserungen des Selbstkonzepts, körperlich schwach zu sein, mit verbesserter Funktionalität nach stationär-psychosomatischer Therapie einhergingen (Voigt et al. 2012). Vingerhoets und Van Heck untersuchten an 997 niederländischen Dorfbewohnern den Einfluss von Stress (erfasst als Alltagswidrigkeiten mittels *Everyday Problem Checklist* und als kritische Lebensereignisse mittels *Recently Experienced Events Questionnaire*) bzw. *Coping* (Messinstrument: *Ways of Coping Checklist*) auf psychosomatische Beschwerden (erfasst mittels *Hopkins Symptom Checklist*) (Vingerhoets und Van Heck 1990). Die stärksten Zusammenhänge fanden die Autoren – ähnlich wie in der vorliegenden Studie – für Stress und selbstbeschuldigendes Verhalten. Beide Aspekte konnten Beschwerden vorhersagen. Persönliches Wachstum, positives Denken und Humor waren – vergleichbar mit vorliegenden Untersuchungsergebnissen – negativ mit Beschwerden assoziiert und zeigten deutlich geringere Gewichtungen. Trotz der methodischen Unterschiede liegen damit starke Parallelen der Untersuchungsergebnisse vor. Vingerhoets und Van Heck konnten allerdings noch mehr

Zusammenhänge nachweisen. So wurden Beschwerden auch vorhergesagt durch Wunschdenken, Emotionalität, Fantasien und Tagträume. Planendes, rationales *Coping* war mit weniger Beschwerden assoziiert. Ähnliche Zusammenhänge konnten in der vorliegenden Studie nicht repliziert werden. Ursächlich dafür ist wahrscheinlich vorrangig die kleinere Stichprobe somatoform Erkrankter. Andere Ursachen könnten die unterschiedliche Methodik einschließlich unterschiedlicher abhängiger Variablen sein (Vingerhoets und Van Heck untersuchten als abhängige Variable psychosomatische Beschwerden; abhängige Variablen in der vorliegenden Studie waren körperliche bzw. psychische Lebensqualität). Dass ähnliche Assoziationen gefunden wurden, obwohl eine klinische mit einer nicht-klinischen Stichprobe verglichen wurde, könnte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse jedoch befürworten.

Ein spezifischeres klinisches Patientengut untersuchten Bodde et al. Bei 22 Patienten mit psychogenen Anfällen konnten die Autoren vier bis sechs Jahre nach Diagnosestellung Verbesserungen in Anfallshäufigkeit sowie dissoziativen Symptomen nachweisen. Die Verbesserungen gingen einher mit verringertem Stress (gemessen mittels revidierter *Symptom Checklist SCL-90-R*), weniger Unzufriedenheit, Ärger, Feindseligkeit und mehr aktiver Suche nach sozialer Unterstützung (gemessen mittels *Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI*) (Bodde et al. 2007). Auch McKenzie et al. konnten zeigen, dass resignierend-akzeptierende Verarbeitungsstrategien an der Aufrechterhaltung somatoformer Erkrankungen beteiligt waren (McKenzie et al. 2010). Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den in der vorliegenden Studie gefundenen Einflüssen von Stress und depressiver Verarbeitung auf Lebensqualität.

Für die Bereitschaft zur Annahme von Hilfe fand sich eine geringe negative Assoziation mit psychischer Lebensqualität. Die Reliabilitätsuntersuchungen zeigten ungünstige Werte der Skala, daher sollte der Zusammenhang mit Vorsicht interpretiert werden. Die Bereitschaft, sich anderen Menschen zu öffnen, sich umsorgen zu lassen und Gefühle zu zeigen – die Skala „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ fragt diese Items u. a. ab – ging mit negativer seelischer Lebensqualität einher. Verstärkte Bereitschaft speziell medizinische Hilfe anzunehmen, ist bei Patienten mit somatoformen Beschwerden hinreichend bekannt (Kirmayer und Looper 2006, Escobar et al. 2010). Taylor et al. beschreiben eine hohe Inanspruchnahme medizinischer Hilfen bei jenen Patienten als „pathologisches Hilfesuchen“ im Zusammenhang mit unsicheren Bindungsstilen und verstehen es als Teil des Leidens der Betroffenen (Taylor et al. 2012). In diesem Kontext ist der gefundene Zusammenhang gut vorstellbar.

Auch Alter und Bildungsgrad waren mit Lebensqualität assoziiert. In der Literatur zeigen sich heterogene Ergebnisse für den Zusammenhang zwischen Alter und somatoformer Beschwerdesymptomatik. Während Steinbrecher et al. zeigten, dass jüngere Patienten mehr MUPS hatten (Steinbrecher et al. 2011), beschreiben eine Vielzahl anderer Autoren entgegengesetzte Zusammenhänge (Rief et al. 2001, Verhaak et al. 2006, Hiller et al. 2006). In der vorliegenden Studie ging höheres Alter mit niedrigerer Lebensqualität hinsichtlich körperlicher Aspekte einher. Dass Menschen mit niedrigerem Bildungsgrad eher zu somatoformen Erkrankungen neigen, ist aus anderen Studien bekannt (Hiller et al. 2006, Verhaak et al. 2006). In der vorliegenden Untersuchung gaben Menschen mit niedrigerem Bildungsgrad jedoch höhere Werte in der psychischen Lebensqualität an als Probanden mit höherer Bildung. Beschwerdeanzahl (SOMS) und Bildung korrelierten tendenziell und nicht signifikant negativ miteinander (Spearman's Rho = -0,15; $p = 0,18$). Die Richtung der gefundenen Zusammenhänge bleibt in der vorliegenden Untersuchung allerdings unklar. Eine denkbare Interpretation wäre aber, dass niedrigerer Bildung zwar bei der Entstehung somatoformer Beschwerden eine entscheidende Rolle zukommt, höhere Bildung aber bei der Aufrechterhaltung eines niedrigeren seelischen Funktionslevels bzw. der Erkrankung insgesamt eine Rolle spielen könnte. Ergebnisse von McKenzie et al. deuten Ähnliches an. Höhere Bildung, so zeigten die Autoren, sagte die Persistenz einer somatoformen Störung drei Monate nach Entlassung aus allgemein-internistisch-stationärer Therapie vorher (McKenzie et al. 2010).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die gefundenen Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung, Stress und Lebensqualität mit anderen beschriebenen Ergebnissen vereinbar sind. Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes könnten adaptiv für die Lebensqualität somatoform Erkrankter sein, während Stress und depressive Verarbeitung wahrscheinlich maladaptive Auswirkungen haben. In der vorliegenden Querschnittsstudie bleiben angenommene Richtungen des Einflusses von Stress und Krankheitsverarbeitung auf Lebensqualität ungeklärt und für die Aussagekraft und Stabilität der durchgeführten Regressionsanalyse wäre eine größere Stichprobe wünschenswert. In zukünftigen Studien sollten daher Stress, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität mit größeren Stichproben im Verlauf untersucht werden.

6 Schlussfolgerungen

Maßnahmen zur Früherkennung von Patienten mit somatoformen Beschwerden sind erforderlich, um chronische Verläufe mit hoher Symptombelastung, niedrigerer gesundheitsbezogener Lebensqualität, hohem subjektiven Stresserleben und erhöhter psychischer Komorbidität zu verhindern. Vielleicht könnten verbesserte Codierungsmöglichkeiten für akute Beschwerden in der primärärztlichen Versorgung dazu beitragen, entsprechende Patienten frühzeitig zu detektieren. In einer aktuellen S3-Leitlinie zu somatoformen Beschwerden wird empfohlen, Beschwerden zunächst rein symptomatisch nach ICD-10 (R00 bis R99) oder der *International Classification of Primary Care* (ICPC-2) zu codieren (Hausteiner-Wiehle et al. 2012). Weitere Forschung scheint dringend nötig, um das Management akuter somatoformer Beschwerden besser zu verstehen und Ressourcen bzw. Defizite in der Betreuung aufzudecken und damit die Früherkennung der Beschwerden zu verbessern.

Für die Versorgung von Patienten mit somatoformen Beschwerden kann auch unter Beachtung der Ergebnisse zu Stress und Krankheitsverarbeitung ein stufenweises Vorgehen („*stepped-care*“) empfohlen werden (Henningsen et al. 2007). Je nach Erkrankungsdauer, subjektiver Belastung, Einschränkungen der Funktionalität und psychischer Komorbidität sollten verschiedene Interventionen zur Reduktion von Stress und depressiver Verarbeitung sowie zur Förderung der Erarbeitung eines inneren Haltes erwogen werden. Der Arzt-Patienten-Beziehung scheint in der Krankheitsverarbeitung sowohl bei akut als auch bei chronisch Erkrankten eine besondere Bedeutung zuzukommen, da die Patienten ein hohes Vertrauen in die ärztliche Kunst, insbesondere in betreuende Ärzte, aufweisen. Folgendes stufenweises Vorgehen ist denkbar:

Für Patienten mit akuten Beschwerden und niedriger Stressbelastung scheint eine achtsame und abwartende ärztliche Position am besten geeignet zu sein („*watchful waiting*“). Gottschalk und Rief empfehlen keine einseitig organo- oder psychopathologisch ausgerichtete Beschwerdeabklärung, sondern eine „sowohl-als-auch-Haltung“. Unnötige Diagnostik sollte vermieden und wenn nötig sollten regelmäßige, anstatt beschwerdegesteuerte Termine vereinbart werden. Eine respektvolle Anerkennung der Beschwerden und Aufklärung über die Diagnose, die Einbeziehung psychosozialer Faktoren und eine Stärkung der Arzt-Patienten-

Beziehung könnten möglicherweise bereits eine Symptomverbesserung bewirken (Gottschalk und Rief 2012).

Bei chronischen Beschwerden, hoher Stressbelastung bzw. niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität sollten darüber hinaus Bemühungen zum Erarbeiten eines inneren Haltes und zum Stressmanagement – v. a. zur Steigerung von Freude und zum Senken von Anspannung – gefördert werden. Neben beschwerdeorientierten Therapieverfahren (Henningens et al. 2007) könnte im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung im Gespräch mit dem Patienten nach Möglichkeiten gesucht werden, einen inneren Halt zu erarbeiten und Stress zu reduzieren. Möglicherweise könnten Entspannungstechniken, achtsamkeitsorientierte oder meditative Verfahren dazu beitragen, innere Stärke zu finden, körperliche Wahrnehmungen hinzunehmen, Freude zu steigern und Anspannung zu reduzieren (Klainin-Yobas et al. 2012, Kaplan et al. 1993, Weber et al. 2002).

Bei Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen und ausgesprochen hoher Stressbelastung sollten psychotherapeutische Hilfen bis hin zur stationären Therapie erwogen werden und könnten zum Senken von Stress (Fliege et al. 2005), depressiver Verarbeitung sowie zur Stärkung eines inneren Haltes beitragen.

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße sollten die vorliegenden Ergebnisse repliziert werden. Zukünftige Studien sollten als Einschlusskriterium zur Erfassung somatoformer Beschwerden nicht mehr die medizinische nicht-Erklärbarkeit der Beschwerden verwenden. Psychobehaviorale Positivkriterien könnten eine gute Alternative dazu darstellen. Stress und Krankheitsverarbeitung sollten im Verlauf untersucht werden, um Annahmen zur Adaptivität und Chronifizierung zu verifizieren und die Wirksamkeit möglicher Interventionen zu untersuchen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- American Psychiatric Association. 2013. Somatic Symptom Disorder
<http://www.dsm5.org/Documents/Somatic%20Symptom%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
 f: [zitiert am 31.05.2013].
- Bender R, Lange S. 2007. What is the p-value? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 132 (S01):e15-16.
- Bernardy K, Kirsch A. 2005. Fibromyalgia and facial expression. Schmerz, 19 (3):177-184.
- Bodde NM, Janssen AM, Theuns C, Vanhoutvin JF, Boon PA, Aldenkamp AP. 2007. Factors involved in the long-term prognosis of psychogenic nonepileptic seizures. Journal of Psychosomatic Research, 62 (5):545-551.
- Bortz J, Schuster C. 2010. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7 Aufl. Berlin [u.a.]: Springer.
- Browning M, Fletcher P, Sharpe M. 2011. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. Psychosomatic Medicine, 73 (2):173-184.
- Buber M. 1995. Ich und du. 11 Aufl. Stuttgart: Reclam.
- Büchi S, Buddeberg C. 2004. subjektive Krankheitskonzepte - Krankheitsbewältigung. In: Buddeberg C, Hrsg. Psychosoziale Medizin. 3 Aufl. Berlin [u.a.]: Springer, 409-430.
- Bullinger M. 2000. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 43 (3):190-197.
- Bullinger M, Kirchberger I. 1998. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Handanweisung. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Bundesärztekammer [BÄK], Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF]. 2011. Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung; Version 1.2.2011 [zitiert am 11.04.2013] <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>.
- Burton C. 2003. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). British Journal of General Practice, 53 (488):231-239.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. 1983. A Global Measure Of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior, 24 (4):385-396.

- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P. 2010. Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (1):5-8.
- De Gucht V, Fischler B, Heiser W. 2004. Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care; A follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (3):279-285.
- Dilling H. 2011. Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. nach ICD-10-GM 2011; 5 Aufl. Bern: Huber.
- Dinkel A. 2008. Krankheitsbewältigung. In: Berth H, Balck F, Brähler E, Hrsg. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 254-259.
- Dirkzwager AJE, Verhaak PFM. 2007. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *Bmc Family Practice*, 8 (33).
- Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. 2006. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry*, 18 (1):25-33.
- Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. 1989. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *The Journal of nervous and mental disease*, 177 (3):140-146.
- Escobar JI, Cook B, Chen CN, Gara MA, Alegria M, Interian A, Diaz E. 2010. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (1):1-8.
- Faller H, Schmidt M. 2004. Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psychooncology*, 13 (5):359-363.
- Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. 2007. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 69 (1):30-39.
- Fliege H, Rose M, Arck P, Levenstein S, Klapp BF. 2001. Validation of the "Perceived Stress Questionnaire" (PSQ) in a German sample. *Diagnostica*, 47 (3):142-152.
- Fliege H, Rose M, Arck P, Walter OB, Kocalevent RD, Weber C, Klapp BF. 2005. The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: Validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1):78-88.
- Franke GH, Jagla M, Salewski C, Jäger S. 2007. Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (5):41-55.
- Franke GH, Mähner N, Reimer J, Spangemacher B, Esser J. 2000. Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21 (2):166-172.

- Franz C, Frede U, Bautz M. 2011. Interaktionsverhalten des Patienten mit »chronisch unbehandelbarem Schmerz«. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P, Hrsg. Schmerzpsychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer, 673-684.
- Gottschalk JM, Rief W. 2012. Psychotherapeutische Ansätze für Patienten mit somatoformen Störungen. *Der Nervenarzt*, 83 (9):1115-1127.
- Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. 2004. Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50 (4):171-181.
- Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L. 2010. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *Bmc Family Practice*, 11 (67).
- Hartman TCO, Borghuis MS, Lucassen PLBJ, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. 2009. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (5):363-377.
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. 2012. Diskussion um Konzepte und Diagnostik somatoformer Störungen. *Der Nervenarzt*, 83 (9):1097-1105.
- Hausteiner-Wiehle C, Schäfert R, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Sattel H, Henningsen P, Schneider G, Noll-Hussong M, Lahmann C, Sack M, Brodski E, Kopp I. 2012. S3-Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, AWMF-Reg.-Nr. 051-001; Langfassung [zitiert am 28.04.2013] http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf
- Hauswaldt J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. 2012. Health service use among patients with chronic or multiple illnesses, and frequent attenders: secondary analysis of routine primary care data from 1996 to 2006. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109 (47):814-820.
- Heim E. 1991. Berner Bewältigungsformen. BEFO; Handbuch. 1 Aufl. Bern [u.a.]: Huber.
- Heim E. 1998. Krankheitsbewältigung. In: Buddeberg C, Willi J, Hrsg. Psychosoziale Medizin. 2 Aufl. Berlin [u.a.]: Springer, 483-504.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. 2007. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369 (9565):946-955.
- Hiller W, Fichter MM, Rief W. 2003. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (4):369-380.
- Hiller W, Rief W, Brahler E. 2006. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (9):704-712.

- Husser D, Bollmann A, Kuhne C, Molling J, Klein HU. 2006. Evaluation of noncardiac chest pain: diagnostic approach, coping strategies and quality of life. *European Journal of Pain*, 10 (1):51-55.
- Jackson JL, Kroenke K. 2008. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: A 5-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 70 (4):430-434.
- Jagla M, Franke GH. 2009. Psychometrische Prüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK). In: Brutscheck M, Hrsg. Tagungsband/10 Nachwuchswissenschaftlerkonferenz. Merseburg, 183-189.
- Jagla M, Franke GH. 2010. Wer bewältigt wie? Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit verschiedenen somatischen Erkrankungen. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation, Hrsg. Trends in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutscher Psychologen-Verlag, 71-86.
- Jagla M, Reimer J, Philipp T, Franke GH. 2009. Krankheitsverarbeitung chronisch Nierenkranker vor und nach Nierentransplantation – Einsatz des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18 (2):63-71.
- Kaplan KH, Goldenberg DL, Galvin-Nadeau M. 1993. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15 (5):284-289.
- Kendel F, Sieverding M. 2012. Krankheitsverarbeitung - Coping. In: Brähler E, Strauß B, Hrsg. Grundlagen der Medizinischen Psychologie. 1 Aufl. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 461-485.
- Kirmayer LJ, Looper KJ. 2006. Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (1):54-60.
- Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. 2012. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (1):109-121.
- Klauer T, Filipp S-H. 1993. Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung. (TSK); Handanweisung. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Kocalevent RD, Levenstein S, Fliege H, Schmid G, Hinz A, Brahler E, Klapp BF. 2007. Contribution to the construct validity of the Perceived Stress Questionnaire from a population-based survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (1):71-81.
- Kooiman CG, Bolk JH, Rooijmans HG, Trijsburg RW. 2004. Alexithymia does not predict the persistence of medically unexplained physical symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 66 (2):224-232.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. 2002. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64 (2):258-266.
- Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. 2007. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48 (4):277-285.

- Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV, Hahn SR, Linzer M, Williams JBW, Brody D, Davies M. 1997. Multisomatoform disorder - An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54 (4):352-358.
- Lazarus RS. 1993. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55 (3):234-247.
- Lazarus RS, Folkman S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus RS, Folkman S. 1987. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1 (3):141-169.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, Andreoli A. 1993. Development of the Perceived Stress Questionnaire - a new tool for Psychosomatic Research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (1):19-32.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, Arca M, Berto E, Milite G, Marcheggiano A. 2000. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American Journal of Gastroenterology*, 95 (5):1213-1220.
- Löwe B. 2013. Versorgungssituation somatoformer Störungen: Ergebnisse aus dem Hamburger "psychnet". Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Heidelberg: <http://www.deutscher-psychosomatik-kongress.de>.
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. 2002. *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Kompletversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen*. 2 Aufl. Karlsruhe: Pfizer.
- Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, Buchholz C, Witte S, Herzog W. 2004. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78:131-140.
- McKenzie M, Clarke DM, McKenzie DP, Smith GC. 2010. Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (1):21-28.
- Muthny FA. 1989. *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung: FKV; Manual*. Weinheim: Beltz-Test-GmbH.
- Muthny FA. 1994. Forschung zur Krankheitsverarbeitung und psychosomatische Anwendungsmöglichkeiten. *Deutsches Ärzteblatt International*, 91 (45):3090-3107.
- Muthny FA. 2004. Krankheitsverarbeitung bei körperlichen Erkrankungen und Erfordernisse des psychosozialen Konsiliardienstes. In: Arolt V, Diefenbacher A, Hrsg. *Psychiatrie in der klinischen Medizin Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie*. Darmstadt: Steinkopff, 100-121.

- Muthny FA, Bengel J. 2009. Krankheitsverarbeitung. In: Bengel J, Jerusalem M, Hrsg. Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 357-367.
- Nater UM, Wagner D, Solomon L, Jones JF, Unger ER, Papanicolaou DA, Reeves WC, Heim C. 2006. Coping styles in people with chronic fatigue syndrome identified from the general population of Wichita, KS. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6):567-573.
- Neumann E, Nowacki K, Roland IC, Kruse J. 2011. Attachment and Somatoform Disorders: Low Coherence and Unresolved States of Mind Related to Chronic Pain. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61 (6):254-261.
- Perrez M, Laireiter A-R, Baumann U. 2011. Psychologische Faktoren: Stress und Coping. In: Perrez M, Baumann U, Hrsg. Lehrbuch Klinische Psychologie. 4 Aufl. Bern: Huber, 272-304.
- Petermann F, Warschburger P. 2002. Krankheitsbewältigung durch Patientenschulung. In: Strauß B, Hrsg. Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 43-63.
- Pigeot I, Pohlabein H, Giersiepen K, Egidi G. 2007. Auszug aus dem Gutachten des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin zur Qualität der Datengrundlagen für morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 85a und 85b SGB V [zitiert am 9.4.2013] <http://www.kbv.de/10760.html>: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Ravesteijn Hv, Wittkamp K, Lucassen P, Lisdonk E, Hoogen Hvd, Weert Hv, Huijser J, Schene A, Weel Cv, Speckens A, Ravesteijn Hv, Wittkamp K, Lucassen P, Lisdonk E, Hoogen Hvd, Weert Hv, Huijser J, Schene A, Weel Cv, Speckens A. 2009. Detecting Somatoform Disorders in Primary Care With the PHQ-15. *The Annals of Family Medicine*, 7 (3):232-238.
- Rief W, Hiller W. 1999. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (6):507-518.
- Rief W, Isaac M. 2007. Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (2):143-146.
- Rief W, Hiller W. 2011. Somatisierungsstörung. 2 Aufl. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Rief W, Hiller W, Heuser J. 1997. SOMS, Das Screening für Somatoforme Störungen, Manual zum Fragebogen. Bern: Hans Huber.
- Rief W, Shaw R, Fichter MM. 1998. Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60 (2):198-203.
- Rief W, Hessel A, Braehler E. 2001. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 63 (4):595-602.

- Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Braehler E. 2010. Are Psychological Features Useful in Classifying Patients With Somatic Symptoms? *Psychosomatic Medicine*, 72 (7):648-655.
- Rollnik JD, Karst M, Fink M, Dengler R. 2001. Coping strategies in episodic and chronic tension-type headache. *Headache*, 41 (3):297-302.
- Ronel J, Noll-Hussong M, Lahmann C. 2008. Von der Hysterie zur F45.0. *Psychotherapie im Dialog*, 9 (3):207-216.
- Salmon P. 2007. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. *Patient Education and Counseling*, 67 (3):246-254.
- Saß H. 2003. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision; DSM-IV-TR. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Schaefer R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bolter R, Szecsenyi J, Sauer N, Herzog W, Kuehlein T. 2010. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (3):267-277.
- Schmitz N, Wang J, Malla A, Lesage A. 2007. Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study. *Psychosomatic Medicine*, 69 (4):332-338.
- Smith RC, Dwamena FC. 2007. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (5):685-691.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. 1994. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (22):1749-1756.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. 2011. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52 (3):263-271.
- Steinmetz D, Tabenkin H. 2001. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice*, 18 (5):495-500.
- Taylor RE, Marshall T, Mann A, Goldberg DP. 2012. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological Medicine*, 42 (04):855-864.
- Testa SM, Krauss GL, Lesser RP, Brandt J. 2012. Stressful life event appraisal and coping in patients with psychogenic seizures and those with epilepsy. *Seizure*, 21 (4):282-287.
- van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Dinant GJ. 2008. Special methodological challenges when studying the diagnosis of unexplained complaints in primary care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61 (4):318-322.

- Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. 2006. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23 (4):414-420.
- Vingerhoets AJ, Van Heck GL. 1990. Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine*, 20 (1):125-135.
- Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Lowe B. 2010. Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (5):403-414.
- Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, Herzog A, Meyer B, Langs G, Löwe B. 2012. Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder — Comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of Psychosomatic Research*, 73 (5):345-350.
- Weber C, Arck P, Mazurek B, Klapp BF. 2002. Impact of a relaxation training on psychometric and immunologic parameters in tinnitus sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (1):29-33.
- Weber H. 1990. Emotionsbewältigung. In: Schwarzer R, Hrsg. *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*. Göttingen [u.a.]: Verlag für Psychologie.
- Wollburg E, Voigt K, Braukhaus C, Herzog A, Löwe B. 2013. Construct validity and descriptive validity of somatoform disorders in light of proposed changes for the DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research*, 74 (1):18-24.

Anhang

Tab. 15: PC-Recherche in den Praxen P1-P6

1. Frage an Hausärzte: Wie codieren Sie somatoforme Beschwerden?

Angaben (je nach Praxis): somatoforme Störungen (F45)^{P1,P2,P5,P6}, Angststörungen/Angst und depressive Störung gemischt (F41.0, F41.2, F41.9)^{P1,P4}, Zwangsstörungen (F42)^{P1}, Neurasthenie (F48.0)^{P5}, keine Angabe^{P3}

2. Suche der angegebenen Codierung in Praxis-EDV

Recherchezeitraum: 2007-2010*

Praxissoftware (je nach Praxis): Albis^{P1}, Quincy^{P2}, TurboMed^{P3,P6}, DOCcomfort^{P4}, Profimed^{P5}

Vorgehen: War die Recherche nicht zielführend, so wurde die praxisinterne Codierliste nach somatoformen Diagnosen durchsucht (z. B. „psychosomatische Dysregulation“, „Psychovegetative Beschwerden“), bzw. nach häufigen somatoformen Syndromen (Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom, Chronic Fatigue Syndrome) und Symptomen (Schmerzen, Gastrointestinalsymptome, kardiovaskuläre Symptome wie Palpitationen [Rief et al. 2001]) recherchiert.

3. Ausschluss von Patienten

Nach Alter: < 18 oder > 65 Jahre

nach Inanspruchnahme: letzter Arztbesuch > 6 Monate zurückliegend

bei fehlenden somatoformen Symptomen

bei schwerwiegenden körperlichen oder vordergründig anderen psychischen Erkrankungen

4. Absprache mit Hausärzten

Leidet der Patient aktuell an somatoformen Beschwerden? Ist er kontaktierbar? Absprache bei Unklarheiten über Komorbiditäten; Klärung der Kontaktaufnahme

*Recherchezeitraum in P5: 2008-2010

Tab. 16: PC-Recherche: Diagnosen, unter denen Patienten gefunden wurden
(N = 77)

ICD-10 Code	Bezeichnung	N (%)
Ohne PC-Recherche		18 (23,4)
K58.9	Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe	2 (2,6)
I51.8	sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten	1 (1,3)
F41 (F41.2; F41.9)	andere Angststörungen (Angst und depressive Störung, gemischt; Angststörung, nicht näher bezeichnet)	6 (7,8)
F45 (F45; F45.0; F45.3; F45.4; F45.8; F45.9)	somatoforme Störungen	42 (54,5)
F48 (F48; F48.0)	andere neurotische Störungen (Neurasthenie)	7 (9,1)
Sonstige ¹		1 (1,3)

¹Patient mit Fibromyalgie, Schmerz und Reizdarmsyndrom aus P5; Diagnose-orientierte PC-Recherche war in jener Praxis aus technischen Gründen erst im Verlauf der Studie möglich

Tab. 17: Aktuelle bzw. Vorerkrankungen der Stichprobe
(N = 77)

	N (%)
Bluthochdruck	16 (20,8)
Diabetes	0 (0,0)
Arthritis/Rheuma	1 (1,3)
Migräne	11 (14,3)
Bandscheibenvorfall	9 (11,7)
Herzkrankheiten	8 (10,4)
Asthma/Chronische Bronchitis	7 (9,1)
Magen-Darm-Erkrankungen	22 (28,6)
Hepatitis	3 (3,9)
Leber- oder Nierenerkrankungen	11 (14,3)
Schilddrüsenerkrankungen	25 (32,5)
Tumoren/Krebs	1 (1,3)
Schlaganfall	0 (0,0)
HIV/AIDS	0 (0,0)

„Halbsomatische“ Diagnosen wie „hyperkinetisches Herzsyndrom“ und „Reizdarmsyndrom“ wurden als Erkrankungen mit registriert

Tab. 18: Zusammensetzung der somatischen Vergleichsstichprobe

somatisch Erkrankte (Jagla und Franke 2010) (N = 1657)		
Alter ¹	M (SD)	47,5 (15,4)
	Spw	13-86
Geschlecht ²	N (%)	
Frauen		854 (51,5)
Männer		803 (48,5)
Erkrankungen	N	
chronischen Nierenerkrankungen vor Nierentransplantation		213
chronische Nierenerkrankungen nach Nierentransplantation		316
ophthalmologische Erkrankungen		453
neurologische Erkrankungen		52
dermatologische Erkrankungen		65
orthopädische Erkrankungen		69
gynäkologische Erkrankungen		123
Stoffwechselerkrankungen		77
HIV		118
verschiedene internistische Erkrankungen		171

¹Vergleich mit somatoformer Stichprobe (N = 77): t-Wert = -3,87; p < 0,001; δ = 0,45: die somatische Stichprobe beinhaltet ältere Patienten; Alterseffekte im Stichprobenvergleich können weitestgehend ausgeschlossen werden (Jagla und Franke 2010)

²Vergleich mit somatoformer Stichprobe (N = 77): X^2 = 20,55; p < 0,001; ϕ = 0,11: die somatische Stichprobe beinhaltet einen größeren Männeranteil; Ausschluss von Geschlechtseffekten im Stichprobenvergleich siehe Abb. 15

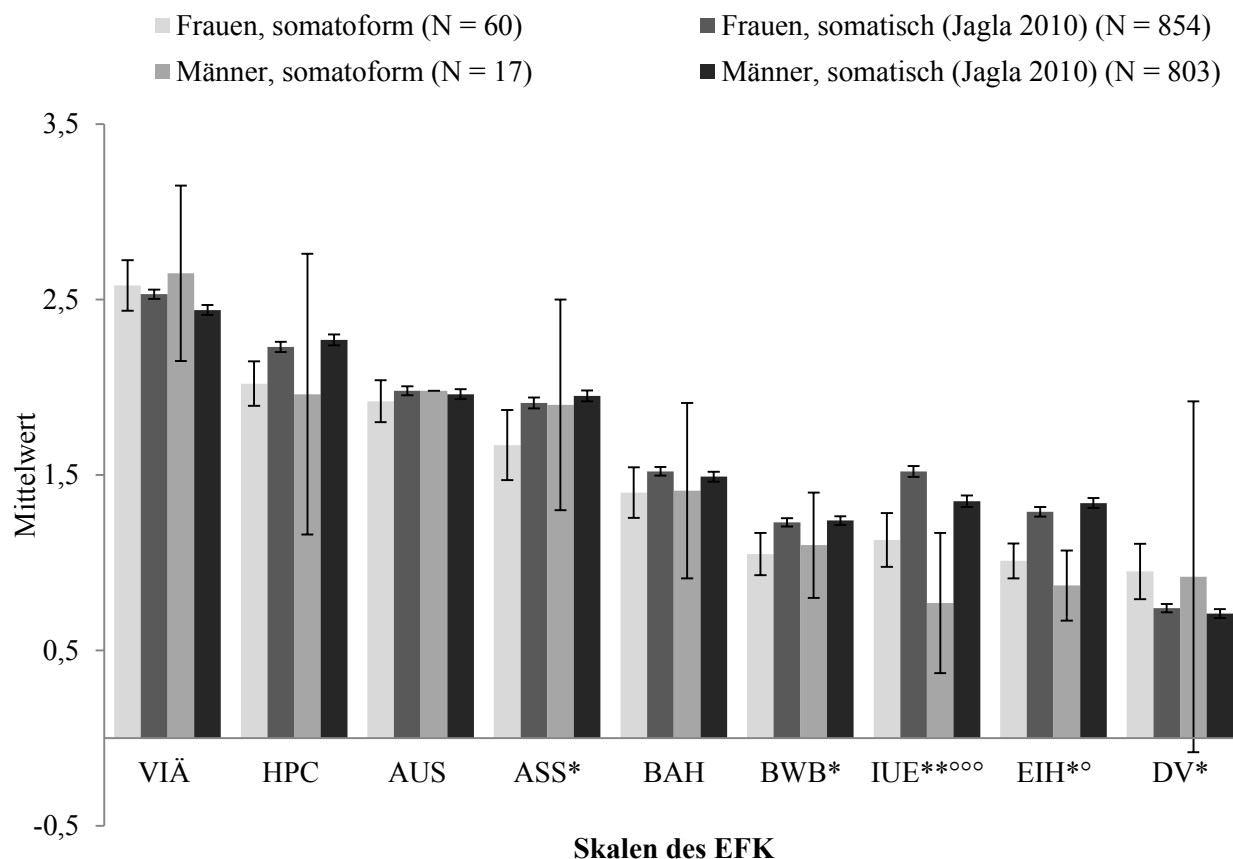


Abb. 15: Ausschluss von Geschlechtseffekten im Vergleich von somatoform und somatisch Erkrankten (dargestellt sind Mittelwerte und Standardfehler).

t-Test Frauen: * $p < .05$; ** $p < .01$; t-Test Männer: ° $p < .05$; °° $p < .001$

(Abkürzungen der EFK-Skalen siehe Abkürzungsverzeichnis)

Die im Gesamtgruppenvergleich der somatischen versus somatoformen Stichprobe signifikanten Unterschiede (siehe Abb. 13) sind im Einzelgruppenvergleich der Geschlechter ebenfalls signifikant bzw. zeigen die gleichen Tendenzen. Daher können Geschlechtsunterschiede im Gesamtgruppenvergleich weitestgehend ausgeschlossen werden.

Tab. 19: Interkorrelationen der Variablen der Regressionsanalyse
(Pearson-Korrelationskoeffizient) (N = 74)

		Krankheitsverarbeitung								Lebensqualität		PSQges	Alter	Ge- schlecht	Bildung ³
		VIÄ ²	HPC	AUS	ASS	BAH ¹	BWB	IUE	EIH ¹	DV ¹	KSK				
Krankheits- verar- beitung	VIÄ ²	1													
	HPC	-,152	1												
	AUS	-,170	,604**	1											
	ASS	-,154	,473**	,448**	1										
	BAH ¹	-,025	,470**	,598**	,491**	1									
	BWB	,213	-,070	,026	,040	,081	1								
	IUE	,062	,347**	,397**	,189	,476**	-,079	1							
	EIH ¹	-,203	,619**	,466**	,292*	,468**	-,169	,397**	1						
	DV ¹	,358**	-,193	,084	-,230*	,175	,377**	,140	-,189	1					
KSK	-,183	,254*	,309**	,282*	,327**	,026	,135	,384**	-,244*	1					
PSK ¹	-,185	,153	-,173	,113	-,194	-,289*	-,178	,116	-,673**	,147	1				
PSQges	,297*	-,233*	,050	-,256*	-,023	,368**	-,014	-,245*	,688**	-,322**	-,729**	1			
Alter	-,354**	,046	-,129	-,205	-,305**	-,109	,064	-,042	-,202	-,178	,265*	-,161	1		
Geschlecht	,040	,034	-,016	,013	,001	-,017	,223	,103	,041	-,097	-,074	-,009	,088	1	
Bildung ³	,124	,284*	,427**	,259*	,495**	,138	,219	,140	,090	,118	-,286*	,098	-,318**	,047	1

*p < .05; **p < .01; ¹nach Quadratwurzeltransformation; ²nach Spiegelung und Quadratwurzeltransformation; ³dichotomisiert (siehe 3.4.); KSK: körperliche Summenskala (SF-12); PSK: psychische Summenskala (SF-12); PSQges: Gesamtwert subjektive Belastung (PSQ-20); Abkürzungen EFK siehe Abkürzungsverzeichnis

ANAMNESEBOGEN

Arztpraxis:

Geschlecht:

☐ weiblich☐ männlich

Datum:

Geburtsdatum:

Wie geht es Ihnen?

Leiden Sie derzeit an eine der ff. Beschwerden?	→ Aussage Proband		Sind die Beschwerden organisch erklärbar?		
	Ja	Nein	→ Praxisunterlagen erklärbar	somatoform	Unklar
Beschwerden bei/an...					
Nahrungsaufnahme, Verdauung, Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelettsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb bzw. Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastbarkeit, Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Erröten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorganen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals-Nasen-Ohrenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie jemals an eine der folgenden Erkrankungen?	→ Aussage Proband		liegt eine bekannte organische Diagnose vor?	
	Ja	Nein	→ Praxisunterlagen Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis/ Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/ Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber- oder Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren/ Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Arztbesuche:

FRAGEBOGEN ZU ALLGEMEINE ANGABEN

Die folgenden Fragen beziehen sich auf allgemeine Angaben, die zur Durchführung der Befragungsstudie notwendig sind. Bitte lesen Sie jede der Fragen durch und kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an, bzw. beschreiben Sie Ihre Antwort in den dafür vorgesehenen Feldern. Die Angaben werden anonym gespeichert.

1. Aus welchem Grund gehen Sie allgemein hauptsächlich zum Arzt?

2. psychische Erkrankungen:

Waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer
Behandlung?

Ja ☐Nein ☐

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu 3.

Wenn ja, wo und wieso?

Wenn ja - Wann?

3. demografische Daten

Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> nicht deutsch sondern: _____
Alter	_____
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend <input type="checkbox"/> verheiratet, von Ehepartner getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig
Leben Sie mit einer Partnerin/ einem Partner zusammen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berufsstand	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> in Berufsausbildung <input type="checkbox"/> in Schulausbildung, Studium <input type="checkbox"/> nicht berufstätig (z. B. Hausfrau/-mann) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Schulabschluss	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (Abschluss 9. Klasse) <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Abschluss 10. Klasse) <input type="checkbox"/> Abitur/allgemeine Hochschulreife <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Universitäts-/Fachhochschul-/Hochschulstudium <input type="checkbox"/> Sonstiger: _____

EFK (ESSENER FRAGEBOGEN ZUR KRANKHEITSVERARBEITUNG)

Der folgende Fragebogen bezieht sich auf Ihre **aktuellen Beschwerden**. Wie gehen Sie zur Zeit mit Ihrer Erkrankung um? Bitte lesen Sie jede Aussage durch und entscheiden Sie durch ein Kreuz, inwieweit sie auf Sie zutrifft.

	Wie stark trifft diese Aussage für Sie zu?				
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung.	0	1	2	3	4
2. Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein.	0	1	2	3	4
3. Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen.	0	1	2	3	4
4. Ich mache Pläne und halte mich daran.	0	1	2	3	4
5. Ich hänge Wunschträumen nach.	0	1	2	3	4
6. Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen.	0	1	2	3	4
7. Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen.	0	1	2	3	4
8. Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus.	0	1	2	3	4
9. Ich besinne mich auf meinen früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen.	0	1	2	3	4
10. Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden.	0	1	2	3	4
11. Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur.	0	1	2	3	4
12. Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen.	0	1	2	3	4
13. Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht.	0	1	2	3	4
14. Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört.	0	1	2	3	4
15. Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen.	0	1	2	3	4
16. Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat.	0	1	2	3	4
17. Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden.	0	1	2	3	4
18. Ich beginne, mich selbst auf einmal zu verwöhnen.	0	1	2	3	4
19. Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde.	0	1	2	3	4

20. Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben.	0	1	2	3	4
21. Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen.	0	1	2	3	4
22. Ich mache mir selber Mut.	0	1	2	3	4
23. Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen.	0	1	2	3	4
24. Ich vertraue meinen Ärzten.	0	1	2	3	4
25. Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden.	0	1	2	3	4
26. Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln.	0	1	2	3	4
27. Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann.	0	1	2	3	4
28. Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen.	0	1	2	3	4
29. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück.	0	1	2	3	4
30. Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen.	0	1	2	3	4
31. Ich bete und suche Trost im Glauben.	0	1	2	3	4
32. Ich gehe mit Freunden aus.	0	1	2	3	4
33. Ich misstrauere den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen.	0	1	2	3	4
34. Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an.	0	1	2	3	4
35. Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal	0	1	2	3	4
36. Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung.	0	1	2	3	4
37. Ich beginne, die Krankheit als Schicksal anzunehmen.	0	1	2	3	4
38. Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf.	0	1	2	3	4
39. Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter.	0	1	2	3	4
40. Ich beginne nachzudenken und zu grübeln.	0	1	2	3	4
41. Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung.	0	1	2	3	4
42. Ich finde meine innere Stärke wieder.	0	1	2	3	4
43. Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit.	0	1	2	3	4
44. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen.	0	1	2	3	4
45. Ich lasse mich gerne umsorgen.	0	1	2	3	4

SOMS-2 (SCREENING-FRAGEBOGEN FÜR SOMATOFORME STÖRUNGEN)

*Im Folgenden finden Sie eine Liste von körperlichen Beschwerden. Bitte geben Sie an, ob Sie im Laufe der **vergangenen 2 Jahre** unter diesen Beschwerden über kürzere oder längere Zeit gelitten haben oder immer noch leiden. Geben Sie nur solche Beschwerden an, für die **von Ärzten keine genauen Ursachen** gefunden wurden und die Ihr Wohlbefinden **stark beeinträchtigt** haben.*

Ich habe die Anleitung gelesen.

Ja ☐

Nein ☐

Ich habe in den vergangenen 2 Jahren unter folgenden Beschwerden gelitten:

1.	Kopf- oder Gesichtsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.	Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3.	Rückenschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Gelenkschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.	Schmerzen in den Armen oder Beinen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6.	Brustschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7.	Schmerzen im Enddarm	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9.	Schmerzen beim Wasserlassen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.	Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.	Völlegefühl (sich aufgebläht fühlen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.	Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13.	Erbrechen (außerhalb einer Schwangerschaft)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14.	Vermehrtes Aufstoßen (in der Speiseröhre)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.	„Luftschlucken“, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16.	Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17.	Appetitverlust	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
18.	Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
19.	Mundtrockenheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
20.	Häufiger Durchfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
21.	Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
22.	Häufiges Wasserlassen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
23.	Häufiger Stuhlgang	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
24.	Herzrasen oder Herzstolpern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
25.	Druckgefühl in der Herzgegend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
26.	Schweißausbrüche (heiß oder kalt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
27.	Hitzewallungen oder Erröten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

28.	Atemnot (außer bei Anstrengung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
29.	Übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
30.	Außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
31.	Flecken oder Farbveränderungen der Haut	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
32.	Sexuelle Gleichgültigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
33.	Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
34.	Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.	Lähmung oder Muskelschwäche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36.	Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
37.	Flüsterstimme oder Stimmverlust	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
38.	Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
39.	Sinnestäuschungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.	Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
41.	Unangenehme Kribbelempfindungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
42.	Sehen von Doppelbildern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
43.	Blindheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
44.	Verlust des Hörvermögens	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
45.	Krampfanfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
46.	Gedächtnisverlust	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
47.	Bewusstlosigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Für Frauen:

48.	Schmerzhafte Regelblutungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
49.	Unregelmäßige Regelblutungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
50.	Übermäßige Regelblutungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
51.	Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
52.	Ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss aus der Scheide	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Für Männer:

53.	Impotenz oder Störungen des Samenergusses	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----	---	-----------------------------	-------------------------------

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die von Ihnen auf der Vorderseite und oben genannten Beschwerden. Falls Sie keine Beschwerden hatten, können Sie die folgenden Fragen auslassen und mit Frage 64 weitermachen.

54.	Wie oft waren Sie wegen der genannten Beschwerden beim Arzt?	Kein mal <input type="checkbox"/>	1-2 mal <input type="checkbox"/>	3-6 mal <input type="checkbox"/>	mehr als 12 mal <input type="checkbox"/>
-----	--	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--

55.	Konnte der Arzt für die genannten Beschwerden eine genaue Ursache feststellen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
56.	Wenn der Arzt Ihnen sagte, dass für Ihre Beschwerden keine Ursachen zu finden seien, könnten Sie dies akzeptieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
57.	Haben die genannten Beschwerden Ihr Wohlbefinden sehr stark beeinträchtigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
58.	Haben die genannten Beschwerden Ihr Alltagsleben (z. B. Familie, Arbeit, Freizeitaktivitäten) stark beeinträchtigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
59.	Nahmen Sie wegen der genannten Beschwerden Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
60.	Hatten Sie jemals Panikattacken, bei denen Sie furchtbare Angst bekamen und zahlreiche körperliche Beschwerden empfanden, und die nach einigen Minuten oder Stunden wieder abklangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
61.	Traten die geschilderten Beschwerden ausschließlich während solcher Panikattacken (Angstanfällen) auf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
62.	Begannen die ersten der genannten Beschwerden bereits vor dem 30. Lebensjahr?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
63.	Wie lange halten diese Beschwerden nun schon an?	Unter 6 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate bis 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1-2 Jahre <input type="checkbox"/> über 2 Jahre <input type="checkbox"/>	
64.	Haben Sie Angst oder sind Sie fest überzeugt, eine schwere Krankheit zu haben, ohne dass bisher von Ärzten eine ausreichende Erklärung gefunden wurde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
65.	Wenn ja, haben Sie diese Angst bzw. Überzeugung bereits seit mindestens 6 Monaten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
66.	Haben Sie Schmerzen, die Sie stark beschäftigen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
67.	Wenn ja, besteht dieses Problem bereits seit mindestens einem halben Jahr?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
68.	Halten Sie bestimmte Körperteile von sich für missgestaltet, obwohl andere Personen diese Meinung nicht teilen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

PHQ-D (GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihr Befinden einzuschätzen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1.) Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4**Wochen durch die folgenden Beschwerden
beeinträchtigt?**

	Nicht beeinträchtigt	beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.) Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2**Wochen durch die folgenden Beschwerden
beeinträchtigt?**

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.) Fragen zum Thema „Angst“

	Nein	Ja
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „Nein“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor neuen Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.) Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall

	Nein	Ja
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallung oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.) Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4Wochen durch die folgenden Beschwerden

beeinträchtigt?

Überhaupt nicht

An einzelnen
TagenAn mehr als der
Hälfte der Tage

- a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder
übermäßige Besorgnis

☐☐☐**Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.**

- b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt

☐☐☐

- c. Leichte Ermüdbarkeit

☐☐☐

- d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen

☐☐☐

- e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen

☐☐☐

- f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren,
z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen

☐☐☐

- g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

☐☐☐

6.) Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

Nein

Ja

☐☐

Wenn „Nein“, gehen Sie bitte weiter bitte zum nächsten Fragebogen.

7.) Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der
folgenden Situationen eingetreten?

Nein

Ja

- a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus
gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?

☐☐

- b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder
bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren
angetrunken oder „verkatert“?

☐☐

- c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben
oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“
waren?

☐☐

- d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken
hatten?

☐☐

- e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel
getrunken hatten?

☐☐

PSQ-20 (FRAGEBOGEN ZU SUBJEKTIV ERLEBTEN STRESS)

*Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie jede durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie häufig die Feststellung auf Ihr Leben **in den letzten 4 Wochen** zutrifft. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung das Feld unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und lassen Sie keine Frage aus.*

		fast nie	manchmal	häufig	meistens
1.	Sie fühlen sich ausgeruht.	1	2	3	4
2.	Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.	1	2	3	4
3.	Sie haben zu viel zu tun.	1	2	3	4
4.	Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen.	1	2	3	4
5.	Sie fürchten, Ihre Ziele nicht erreichen zu könne	1	2	3	4
6.	Sie fühlen sich ruhig.	1	2	3	4
7.	Sie fühlen sich frustriert.	1	2	3	4
8.	Sie sind voller Energie.	1	2	3	4
9.	Sie fühlen sich angespannt.	1	2	3	4
10.	Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen.	1	2	3	4
11.	Sie fühlen sich gehetzt.	1	2	3	4
12.	Sie fühlen sich sicher und geschützt.	1	2	3	4
13.	Sie haben viele Sorgen.	1	2	3	4
14.	Sie haben Spaß.	1	2	3	4
15.	Sie haben Angst vor der Zukunft.	1	2	3	4
16.	Sie sind leichten Herzens.	1	2	3	4
17.	Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4
18.	Sie haben Probleme, sich zu entspannen.	1	2	3	4
19.	Sie haben genug Zeit für sich.	1	2	3	4
20.	Sie fühlen sich unter Termindruck.	1	2	3	4

SF-12 (FRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITSZUSTAND)

*In diesem Fragebogen geht es darum, wie Sie Ihren Gesundheitszustand beurteilen. Der Bogen ermöglicht es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie **jede** der grau unterlegten Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die **Zahl ankreuzen**, die am besten auf Sie zutrifft.*

	ausge- zeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z. B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	1	2

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund **seelischer** Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1	2

	überhaupt nicht	ein biss- chen	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen **in den vergangenen 4 Wochen** gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Wie oft waren Sie **in den letzten 4 Wochen...**

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
9. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	immer	meistens	manch- mal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist, ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind, mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben:

- Betreuung der Promotion: Prof. Dr. Bernhard Strauß
- Durchführung und Spezifizierung der Patientenbefragung: Hausarztpraxen von Dr. Barbara Schuch, Dr. Barbara Fleischhauer, Dr. Anke Göckeritz, Dr. Markus Tittel, Dr. Wolf-Rüdiger Rudat, Dr. Liv Betge, Freya Hildebrandt, Dr. Heiner Hopf, Dr. Karsten Gneist, Dipl.-Med. Carmen Gerhard, Dipl.-Med. Reglinde Pleißner, Dr. habil. Heribert Zitzmann, Dr. Constanze Schlund
- Hilfestellungen bei der statistischen Auswertung: Dr. Steffi Nodop, Dipl.-Psych. Teresa Voigt, Antje Skorsetz, Dipl.-Math. Antje Brandstädt
- Vorauswahl von Ein- und Ausschlusskriterien: Prof. Dr. Winfried Rief, Dr. Dr. Ricarda Nater-Mewes
- Bereitstellung von Material zum EFK: Melanie Jagla, M. Sc., Dipl.-Reha.-Psych. (FH)
- Korrekturarbeiten am Manuskript: Dipl.-Biochem. Judith Hauptmann

Ich erkläre, dass die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

DANKSAGUNG

Für die Möglichkeit, ein Projekt eigenständig zu entwickeln sowie für Anregungen und die Betreuung der Arbeit bedanke ich mich an erster Stelle bei Prof. Dr. Bernhard Strauß. Den beteiligten Hausärzten – darunter v. a. Dr. Liv Betge, Dr. Barbara Schuch, Dr. Barbara Fleischhauer, Dr. Anke Göckeritz, Dr. Markus Tittel, Dr. Wolf-Rüdiger Rudat, Freya Hildebrandt und Dr. Karsten Gneist – sowie deren Praxisteams danke ich für die Unterstützung des Projektes. Insbesondere danke ich auch allen Patienten für Ihre Teilnahme.

Für Ratschläge zur Entwicklung des Studiendesigns geht mein Dank an Prof. Dr. Winfried Rief und Dr. Dr. Ricarda Nater-Mewes. Frau Melanie Jagla, M. Sc., Dipl.-Reha-Psych. (FH) danke ich für die Bereitstellung von Materialien zum EFK. Vielen Dank an Dr. Steffi Nodop, Antje Skorsetz und Dipl.-Math. Antje Brandstädt für die Unterstützung bei der Auswertung der Daten.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meinen Freunden für ihre Anregungen, Korrekturideen, Ermutigungen, Fragen, das Zuhören und den dazugehörigen Ausgleich.

LEBENS LAUF

Name:	Claudia Hölig
Geboren:	am 07.06.1985 in Plauen
1992-1996	Grundschule in Thoßfell/Vogtland
1996-2005	Lessing-Gymnasium Plauen
2005-2012	Medizinstudiums an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Seit 2013	Beginn der Facharztausbildung zur Allgemeinmedizinerin am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke